

LA

SYPHILIS DU CERVEAU

DU MÊME AUTEUR

Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. 1 vol. in-8°, 1873.

Des glossites tertiaires (glossites scléreuses, glossites gommeuses).

Des lésions tertiaires de l'anus et du rectum (syphilome ano-rectal ; rétrécissement syphilitique du rectum).

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.

Note sur les lésions des gaînes tendineuses dans la syphilis secondaire.

De la sciatique blennorrhagique.

De l'urémie (thèse d'agrégation).

Nourrices et nourrissons syphilitiques.

Collection choisie des anciens syphiliographes :

Jean de Vigo. *Le Mal français* (1514).

Jacques de Béthencourt. *Nouveau Carême de pénitence et purgatoire d'expiation à l'usage des malades affectés du mal français ou mal vénérien* (1527).

Fracastor. *La Syphilis* (1530). — *Le Mal français* (1546).

Traduction et commentaires.

Sceaux. — Typ. et stér. Charaire et fils.

LA SYPHILIS DU CERVEAU

PAR

ALFRED FOURNIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

LEÇONS CLINIQUES

RECUEILLIES PAR

E. BRISSAUD
Interne des hôpitaux.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Eperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1879

DE LA

SYPHILIS CÉRÉBRALE

PREMIÈRE LEÇON

PRÉLIMINAIRES

Intérêt et importance du sujet. — Progrès de la science contemporaine relativement aux affections syphilitiques du système nerveux. — Fréquence véritable, méconnue jusqu'ici, de ces affections.

A quel âge de la diathèse se produisent les accidents cérébraux d'origine syphilitique?

Quelles causes incitent la syphilis à se porter sur le cerveau? — Action remarquable de certaines causes, véritablement prédisposantes.

Est-il des syphilis qui, plus que d'autres, prédisposent aux accidents cérébraux? — Toute syphilis, bénigne, moyenne ou grave originairement, peut être suivie d'accidents cérébraux. — Ce sont les syphilis originairement moyennes ou bénignes qui, proportionnellement, fournissent aux accidents de cet ordre le plus fort contingent. — Discussion. — Exemple clinique.

Messieurs,

Je me propose d'aborder devant vous, dans une série de conférences, l'étude clinique de la *syphilis des centres nerveux.*

Je ne m'arrêterai pas à vous démontrer par un long préambule l'importance considérable qui se rattache à cette étude. Vous citer simplement, au nombre des

sujets qui la composent, la *céphalée*, l'*épilepsie*, l'*aphasie*, l'*hémiplégie*, l'*aliénation*, la *paralysie générale*, les *paralysies partielles*, la *paraplégie*, l'*ataxie*, etc., suffira amplement à vous édifier sur l'intérêt pratique que comporte l'histoire de la syphilis des centres nerveux. Nulle matière à coup sûr n'est plus digne d'arrêter et de fixer longuement l'attention du médecin.

Taxer de *nouvelle* la connaissance des accidents que la syphilis peut développer sur le cerveau et la moelle serait une exagération et un déni de justice vis-à-vis du passé. De vieille date, en effet, ont été signalées dans la science des manifestations de la diathèse vers les centres nerveux. C'est là un point incontesté et dont il me serait facile d'ailleurs de vous donner la preuve, si un historique de la question ne se trouvait déplacé dans des conférences exclusivement cliniques, telles que les nôtres.

Et cependant je ne crains pas de m'éloigner beaucoup de la vérité en vous disant que les accidents cérébraux ou médullaires de la syphilis sont de notion presque contemporaine. C'est là une étude, tout au moins, qui s'est tellement élargie et enrichie de nos jours qu'elle appartient presque tout entière à ce qu'on pourrait appeler la science d'hier et d'aujourd'hui. Si vous en doutiez, écoutez ceci pour faire votre conviction.

Hunter, le grand syphiliographe, résumant, amendant et perfectionnant à un haut degré l'ensemble des connaissances acquises sur la syphilis vers la fin du siècle dernier, plaçait le cerveau au nombre de « ces parties vitales qui peut-être ne sont pas du tout susceptibles de l'action de la syphilis (1) ».

(1) *Traité de la maladie vénérienne*. Trad. de Richelot, 3e édition. Paris, 1859, p. 582.

De même, pour Astley Cooper, le cerveau était « un de ces tissus qui ne paraissent pas susceptibles d'être altérés par l'influence du virus vénérien (1) ».

Enfin, il y a plus : en 1861 (je ne remonte, vous le voyez, qu'à seize ans en arrière), en 1861, dis-je, un éminent critique, un des professeurs le plus justement illustres de notre Faculté, M. Lasègue, faisant dans les *Archives de médecine* la revue des plus récents travaux sur les affections nerveuses syphilitiques, rangeait ces affections au nombre des manifestations diathésiques « rares et indécises, destinées au moins jusqu'à nouvel ordre à ne figurer dans la description de la syphilis qu'à titre d'appendice, » et considérait entre autres l'aliénation syphilitique « comme simplement conjecturale, possible, présumable, et rien de plus (2) ».

Or, depuis les seize années qui viennent de s'écouler, les choses ont bien changé de face ; et ce que l'on pouvait en 1861 considérer comme un simple *appendice* à l'histoire de la syphilis en est devenu l'une des parties constitutives les plus authentiques, les plus chargées comme symptômes et comme lésions, les plus importantes comme intérêt pratique non moins que comme gravité.

Et, en effet, depuis lors, la science a marché ; elle a marché à grands pas : elle a marché dans tous les pays, et plus vite peut-être à l'étranger qu'en France, j'ai regret à le dire. En tout cas, les observations de syphilis cérébrale se sont multipliées à l'infini ; si bien qu'aujourd'hui c'est par centaines qu'il faudrait les compter.

(1) *Œuvres chirurgicales*. Traduct. de Chassaignac et Richelot. Bruxelles, 1835, p. 361.

(2) *Archives générales de médecine*, 1861, t. II, p. 210 et 219.

Des travaux importants, des traités spéciaux, des monographies, etc., ont été publiés sur ce sujet dans tous les pays de l'Europe et en Amérique. Aucun sujet peut-être n'a été plus étudié, plus fouillé, plus renouvelé, plus *changé de face*, je reprends le mot à dessein, depuis quelques années.

Or, de ce vaste mouvement scientifique, il est résulté ceci, à savoir :

Que nombre d'affections ou de symptômes qu'on laissait innominés autrefois quant à leur nature, ou qu'on rangeait sans qualification dans la classe trop facilement compréhensive des maladies nerveuses vulgaires, reconnaissent la syphilis comme origine et ressortissent à son domaine.

De cela voulez-vous des exemples ? Je citerai au hasard, n'ayant que l'embarras du choix.

Voyez d'abord l'*hémiplégie* des jeunes sujets, j'entends des sujets au-dessous de trente-cinq ou quarante ans. Qui pensait autrefois, en pratique, à rattacher à la syphilis un tel accident ? Eh bien, aujourd'hui, de par la clinique, il est acquis que cette hémiplégie est très-fréquemment, le plus fréquemment, une manifestation de la syphilis ; à ce point qu'on a pu poser ceci en principe :

« Toute hémiplégie survenant chez un sujet âgé de moins de quarante ans, non affecté d'alcoolisme ou de lésions du système circulatoire, est au moins 8 fois sur 10, 9 fois sur 10 peut-être, d'origine syphilitique. »

De même (et ceci ne sera pas moins justifié par ce qui va suivre), lorsque l'*épilepsie* se manifeste pour la première fois chez un sujet au-dessus de vingt-cinq ou trente ans, cette épilepsie, 9 fois sur 10, est d'origine syphilitique.

De même encore pour les *paralysies oculaires*. Consultez les vieux traités d'ophthalmologie, et voyez si leurs auteurs ont jamais songé à rapporter à la syphilis l'immense majorité de ces paralysies. Or, à l'heure actuelle, on doit considérer comme une chose positive et parfaitement acquise que les paralysies oculaires relèvent de la vérole dans une proportion de fréquence considérable, 75 fois sur 100 en moyenne, si ce n'est plus.

Et de même pour tant d'autres symptômes que je passe actuellement sous silence, mais que nous retrouverons chemin faisant, au cours de cet exposé ; tels par exemple que les névralgies, l'aphasie, l'aliénation mentale, la paralysie générale, la paraplégie, l'ataxie, etc.

De ce mouvement, de ce progrès scientifique, il est tout naturellement résulté que la fréquence des altérations syphilitiques du cerveau et de la moelle, considérée autrefois comme insignifiante et minime, et, plus récemment, comme fort restreinte, s'est singulièrement accrue de nos jours, ou, pour mieux dire, a semblé s'accroître. Ces altérations qu'on regardait jadis comme tout à fait exceptionnelles, nous pouvons affirmer aujourd'hui qu'elles sont excessivement *communes*. Elles le sont à ce point que dans tous les services d'hôpitaux, quels qu'ils soient, vous en rencontrerez toujours quelques exemples. Parcourez nos salles aujourd'hui même, et vous y trouverez une dizaine de cas environ relatifs à diverses affections spécifiques du cerveau ou de la moelle.

Il serait puéril de vouloir sortir de ces termes généraux, et de chercher à déterminer numériquement le degré de fréquence relative ou absolue de ces affections.

Nous ne sommes pas encore en mesure d'établir une pareille statistique. Faisons donc le sacrifice d'une précision impossible à obtenir, et bornons-nous à affirmer simplement la fréquence des localisations de la syphilis vers les centres nerveux, notamment vers le cerveau.

C'est la *syphilis cérébrale*, Messieurs, qui nous occupera tout d'abord. J'y consacrerai toutes nos conférences de cette année, me réservant de compléter cette étude l'an prochain par celle des affections syphilitiques de la moelle et des nerfs.

Commençons par établir quelques points relatifs à la chronologie et à l'étiologie.

I. — *A quel âge de la diathèse se produisent les accidents cérébraux d'origine syphilitique?*

La réponse la plus générale qu'on puisse faire à cette question, c'est que les accidents dont il s'agit sont susceptibles de se développer à *tout âge* de la période tertiaire.

Et d'abord ils peuvent être plus ou moins *précoces*, jusqu'à empiéter sur la période secondaire. De même en effet qu'on voit nombre d'accidents de forme tertiaire, tels par exemple que des syphilides ulcéreuses ou gommeuses, devancer l'heure de leur éclosion régulière et surgir à courte échéance dès la seconde ou la première année de la diathèse, de même aussi voit-on parfois des manifestations cérébrales apparaître prématurément, vers la même époque. On a observé des accidents de ce genre dans le courant de la seconde ou de la première année de maladie, voire à partir du septième, du sixième ou du cinquième mois.

Ce sont là, j'ai hâte de le dire, des faits rares, et naturellement d'autant plus rares que la date d'apparition des accidents s'y montre plus précoce. Mais ce sont là des faits authentiques, irrécusables, qu'il faut enregistrer avec soin pour n'être pas surpris par eux dans la pratique.

Inversement, les accidents cérébraux de la syphilis tertiaire peuvent être *très-tardifs*. On les a vus plus d'une fois se manifester au delà de la vingtième année après le début de l'infection, par exemple vingt-deux, vingt-quatre et vingt-six ans après le chancre. On a même cité des cas où ils n'étaient apparus qu'après trente ans et au delà.

Cette seconde catégorie de faits est, je crois, tout aussi rare que la première.

Entre ces deux extrêmes se placent, au contraire, des cas d'une bien autre fréquence. En effet, on peut dire que *de la troisième à la dix-huitième année* de la diathèse les cas de syphilis cérébrale sont relativement communs.

Et, dans cette période, ils se distribuent approximativement de la manière suivante, au moins d'après mes chiffres personnels :

Les deux tiers des cas, de la troisième à la dixième année ;

Un tiers des cas, de la dixième à la dix-huitième année.

De telle sorte que le maximum de fréquence des accidents cérébraux de la syphilis paraît contenu *entre la troisième et la dixième année* après la contamination première.

J'ajouterai que, du reste, ces résultats de mon expérience propre concordent presque absolument avec la

plupart des faits actuellement contenus dans la science.

II. —Venons à l'étude des causes.

Ici, deux points à établir :

1° *Quelles causes incitent la syphilis à se porter sur le cerveau?*

Établissons tout d'abord un fait essentiel, à savoir que la syphilis n'a nul besoin, n'a que faire de causes adjuvantes pour se porter sur le cerveau. Elle existe, et c'est assez. Du moment qu'elle est en puissance de l'organisme, elle n'a que trop le droit (et elle en use) d'envahir tout organe, toute partie de l'économie, aussi bien le cerveau que tout autre viscère, aussi bien tout viscère que les systèmes extérieurs.

Et c'est là, en effet, ce qui se produit dans l'énorme majorité des cas. Le plus habituellement, la syphilis affecte le cerveau sans y être appelée, ou du moins sans paraître y être appelée, c'est-à-dire sans le secours d'aucune incitation locale, d'aucune provocation pouvant servir de cause occasionnelle. Quantité d'observations déposent en ce sens, observations dans lesquelles on voit des sujets en parfait état de santé être pris tout à coup de symptômes cérébraux, et cela sans la moindre raison actuelle, sans aucune prédisposition héréditaire ou acquise aux déterminations encéphaliques.

Cela posé, reconnaissons d'autre part que, pour un certain nombre de cas (et, je le répète à dessein, pour un certain nombre seulement), il est ou il paraît être des causes *adjuvantes* qui dirigent vers le cerveau l'action de la diathèse.

Quelles sont ces causes? A l'avance vous les avez devinées.

C'est une loi générale qu'une diathèse en puissance

dirige de préférence ses manifestations vers les organes en état de suractivité physiologique ou d'excitation morbide. De cela les exemples fourmillent, non pas seulement dans l'histoire de la syphilis, mais dans l'histoire de toutes les diathèses, scrofule, dartre, rhumatisme, goutte, etc. C'est ainsi, en ce qui concerne la syphilis, que l'usage et surtout l'abus du tabac appellent les manifestations diathésiques vers la cavité buccale. Les fumeurs syphilitiques, comme chacun le sait, ont la bouche rudement éprouvée par la vérole; et il n'est pas rare qu'il se fasse chez eux, dans le cours de la période secondaire, jusqu'à 10, 15, 20 explosions successives d'accidents spécifiques vers la bouche, alors que, sur des malades qui ne fument pas, la cavité buccale reste relativement épargnée.

Dans un organisme diathésé, c'est presque toujours l'organe surmené ou l'organe malade, faible, *taré*, qui devient le siége des localisations diathésiques. La diathèse, comme on l'a dit, a toujours tendance à se porter vers l'organe de résistance moindre, « *ad locum minoris resistentiæ* (1) ».

Eh bien! le cerveau n'échappe pas à cette loi. Toutes les causes qui le constituent en état d'excitation habituelle ou éventuelle l'exposent, par cela même, à subir plus facilement l'impression de la diathèse.

(1) C'est là un point dont il a été fréquemment question dans ces dernières années, et qui, au point de vue chirurgical surtout, a été parfaitement étudié par M. le professeur Verneuil et ses élèves.

Voir: Petit, *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme* (Thèse de Paris, 1875). — Cet excellent travail contient la plupart des indications bibliographiques relatives à la question;

Paul Berger, *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques* (Thèse pour l'agrégation, Paris, 1875). — Etc., etc.

Au nombre de ces causes, mentionnons, pour ne parler que des plus actives et des mieux éprouvées :

Les fatigues intellectuelles, le *surmenage cérébral* par des travaux assidus, par la tension d'esprit, par les veilles, etc. ;

L'excitation cérébrale dérivant de causes morales (préoccupations, craintes, inquiétudes, émotions, chagrins, etc.);

L'excitation cérébrale provenant de l'*alcool*, des *excès vénériens*, etc., etc. (1).

L'action de ces diverses causes apparaît d'une façon manifeste, irrécusable, dans bon nombre d'observations déjà publiées. Je l'ai constatée également plusieurs fois, pour ma part, dans des conditions qui laissaient vraiment peu de prise à contestation. Ainsi j'ai observé des accidents cérébraux, avec un degré de fréquence vraiment remarquable, chez des gens adonnés par profession aux travaux de l'esprit, aux fatigues intellectuelles, chez des littérateurs, des avocats très-occupés, des professeurs, des médecins. A ce propos, un des faits qui m'ont le plus vivement frappé est relatif à un médecin, grand travailleur, qui se prédit à lui-même ses futurs accidents cérébraux, alors que rien encore n'en annonçait l'invasion. « Vous verrez, me disait-il souvent, que ma syphilis se portera quelque jour

(1) Le *traumatisme crânien* est-il une cause d'appel pour la syphilis cérébrale? Personnellement, je n'ai rien vu jusqu'ici qui m'autorise à l'admettre. Quelques faits cependant, épars dans la science, semblent déposer en faveur de cette opinion. (Voir entre autres une intéressante observation du Dr Broadbent dans le journal *The Lancet*, novembre 1876, p. 741.)

Toujours est-il que, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait prématuré de rien affirmer de positif à ce sujet.

sur le cerveau; c'est par le cerveau que je finirai. » L'événement ne confirma que trop justement ses prévisions.

J'ai observé de même trois cas dans lesquels des accidents de syphilis cérébrale éclatèrent à la suite et certainement sous l'influence des terribles émotions du siége de Paris et de la Commune.

J'ai vu aussi quatre fois des manifestations semblables se produire à la suite de grands excès vénériens. Et, d'une façon générale, je ne mets pas en doute que l'excitation cérébrale dérivant d'excès vénériens habituels ne constitue une cause prédisposante majeure à l'invasion de la syphilis dans le cerveau.

L'action de ces mêmes causes, disons-le immédiatement, n'est pas moins évidente sur la production des *récidives* ou des *rechutes* dans la syphilis cérébrale. Nombre d'observations témoignent que des accidents de syphilis cérébrale, guéris une première fois et bien guéris pendant un temps plus ou moins long, se sont reproduits plus tard sous l'influence d'incitations du genre de celles que je viens d'énumérer. De cela j'ai vu récemment un exemple trop frappant pour que je résiste au désir de vous le citer en quelques mots.

Un malade avait éprouvé divers accidents cérébraux d'origine manifestement syphilitique : paralysie de la langue dans une première attaque; et, plus tard, hémiplégie passagère. J'avais réussi à le guérir par un traitement spécifique longtemps continué. Il se trouvait rétabli, complétement rétabli depuis plusieurs mois, lorsque, malgré mes avis, malgré mes instances, il se marie. Privé de femmes depuis longtemps, il s'empresse aussitôt (le mot est de lui) de « rattraper le temps perdu ». Or, le

dixième jour de son mariage, à la suite d'excès vénériens, et à la suite aussi des fatigues d'un long voyage, il est repris subitement d'hémiplégie. Sa jeune femme le ramène à grand'peine à Paris dans le plus lamentable état, paralytique, hébété, délirant! Les accidents s'aggravent en dépit du traitement, et la mort termine cette triste scène dans l'espace de quelques mois.

2° *Est-il des syphilis qui, plus que d'autres, prédisposent aux accidents cérébraux?*

En d'autres termes, la syphilis cérébrale est-elle plus commune dans certaines formes de la diathèse que dans certaines autres?

A priori, par induction théorique, on serait tenté de croire que les manifestations cérébrales, constituant l'ordre d'accidents les plus graves que puisse produire la diathèse, doivent s'observer de préférence dans les formes graves de syphilis, dans les formes malignes, tout au moins dans les formes sérieuses à des titres divers.

Eh bien! il n'en est rien, et cette prévision rationnelle est loin d'être confirmée par l'observation.

Il y a plus même; et, du moins au dire de certains auteurs, ce seraient surtout les syphilis *originairement bénignes* qui, plus tard, exposeraient les malades à des accidents cérébraux. C'est ainsi, par exemple, que M. Broadbent, dans les excellentes leçons qu'il vient de publier récemment et que vous pourrez lire dans *la Lancette anglaise*, dit en propres termes : « Des cas que j'ai vus, j'ai déduit cette opinion, que les sujets qui sont le plus exposés aux accidents du système nerveux sont ceux chez qui les symptômes secondaires ont été transitoires ou légers, etc. »

Pour ma part, examinant à ce propos une série d'observations personnelles dans lesquelles les antécédents initiaux de la diathèse ont été soigneusement relevés, je suis arrivé aux résultats que voici :

Sur 47 cas de syphilis cérébrale :

Deux seulement ont succédé à des syphilis antérieurement graves ;

Un a suivi une syphilis assez grave ;

Mais *trente* se sont manifestés consécutivement à des syphilis très-ordinaires, *moyennes* comme quantité et qualité d'accidents secondaires ;

Enfin *quatorze* sont relatifs à des syphilis véritablement *bénignes*, assez bénignes pour que, sur ces 14 cas, plusieurs aient pu passer longtemps inaperçues et être abandonnées sans traitement à leur évolution naturelle.

En résumé, donc, sur 47 cas :

3 cas de syphilis antérieurement graves ou tout au moins sérieuses ;

Et 44 cas de syphilis moyennes ou bénignes.

Ces chiffres sont vraiment assez significatifs par eux-mêmes pour que tout commentaire soit superflu.

Et cependant, Messieurs, en dépit de ces chiffres, je n'oserais me rallier complétement aux conclusions formulées par les médecins dont je viens de vous parler ; je n'oserais déclarer comme eux que les syphilis originairement bénignes sont celles qui prédisposent le plus particulièrement aux accidents cérébraux. Une telle affirmation aurait besoin, ce me semble, d'un nombre de faits plus considérable que celui dont nous disposons actuellement et d'une expérience plus prolongée. Plus prudemment, je crois que nous sommes encore tenus à une certaine réserve, et que nous devons simplement nous borner à dire

ce qui ressort des faits avec plus d'évidence, à savoir :

1° Que toute syphilis, bénigne, moyenne ou grave dans ses premières manifestations, peut être suivie d'accidents cérébraux ;

2° Que la bénignité originelle d'une syphilis (traitée ou non traitée, peu importe !) n'est en rien une garantie contre l'éventualité d'accidents cérébraux ultérieurs ;

3° Et que même, à consulter les faits aujourd'hui contenus dans la science, ce sont les syphilis originairement moyennes ou bénignes qui *paraissent* fournir aux accidents de cet ordre le plus fort contingent.

S'il en est ainsi, que devient donc la prétention de certains auteurs qui ont voulu pronostiquer l'avenir d'une syphilis, en tirer l'horoscope (passez-moi le mot), d'après *la qualité de ses accidents d'origine, primitifs ou secondaires?* « Les syphilis bénignes à leur début, ont-ils dit, resteront ultérieurement bénignes, et ne réclament qu'un traitement léger, si même elles ne guérissent pas *sponte sua* sans le secours d'aucun traitement. » Eh bien ! Messieurs, ces auteurs ont dit ce qu'ils ne savaient pas, ce qu'ils n'avaient pas scientifiquement le droit de dire. Ce rapport théorique, purement hypothétique, entre les étapes successives de la diathèse, est loin d'être légitimé par l'observation ; et le présent, en matière de syphilis, n'est rien moins que le miroir de l'avenir. Telle syphilis qui commence bien n'est pas moins exposée pour cela à mal finir. Telle syphilis qui s'annonce comme bénigne aux périodes primitive et secondaire peut fort bien devenir maligne, tragique et fatale à l'étape tertiaire. Elle n'a même que trop de voies ouvertes pour la conduire à un tel dénouement.

Donc, en ce qui nous concerne aujourd'hui, affirmons

bien, établissons de la façon la plus formelle, contradictoirement à la doctrine dangereuse dont nous venons de parler, que la syphilis la plus bénigne originairement peut aboutir et n'aboutit que trop souvent aux accidents cérébraux les plus graves, voire à des accidents dont il n'est pas permis à l'art de conjurer l'issue fatale.

Que de faits n'aurais-je pas à relater, si vous me demandiez de légitimer la proposition qui précède! Laissez-moi tout au moins vous en citer un comme exemple, afin de mieux graver dans vos souvenirs ce point très-essentiel, ce point auquel se rattache une importance pratique considérable.

J'ai eu la douleur de perdre il y a quelques années, par suite d'accidents cérébraux (non pas seulement diagnostiqués du vivant du malade, mais vérifiés par l'autopsie), un ami qui m'était cher, et dont voici en quelques mots la déplorable histoire.

Cet ami contracta la syphilis dix-sept ans avant l'explosion première des manifestations qui devaient être fatales. Comme accidents syphilitiques d'origine, il n'eut rien autre que ceci : un petit chancre, un chancre « de rien », comme il l'appelait, lequel fut cicatrisé en trois ou quatre semaines; puis, dans les mois qui suivirent, une syphilide papuleuse discrète, et quelques légères érosions gutturales. A cette époque, il suivit un traitement de quelques mois au proto-iodure mercuriel, traitement bien insuffisant comme durée, inutile de le dire. Consécutivement s'écoulèrent *dix-sept années* d'une tranquillité parfaite, dix-sept années pendant lesquelles ne se révéla pas le moindre accident, le plus léger réveil de la diathèse. Tout autre qu'un médecin eût pu croire cette diathèse définitivement éteinte, lorsque se fit soudain une ex-

plosion d'accidents cérébraux formidables : épilepsie, hémiplégie, troubles intellectuels, hébétude, démence progressive, etc. Les accidents ne furent qu'un instant amendés par la médication spécifique, et bientôt le malade succomba, en dépit de tous les soins qui lui furent prodigués par divers médecins, par M. Ricord et par moi.

Et c'est ainsi que bien souvent, Messieurs, une syphilis légère au début, une syphilis « de rien », pour reprendre le mot du pauvre malade dont je viens de vous parler, se termine à longue échéance par une catastrophe qu'il n'est pas toujours en notre pouvoir de conjurer.

DEUXIÈME LEÇON

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nécessité d'une distinction préalable entre les lésions de syphilis cérébrale *directe* et de syphilis cérébrale *indirecte*.

Trois siéges de lésions : 1° méninges ; — 2° système vasculaire ; — 3° parenchyme nerveux. — Caractère *partiel* de ces lésions sur chaque système.— Multiplicité et dissémination possibles des lésions.

Deux ordres de lésions dans la syphilis cérébrale : 1° lésions *propres*, spéciales, primitives ; — 2° lésions communes, secondaires, deutéropathiques.

§ I. — **Lésions propres.** — En quoi consistent-elles? — Elles ne diffèrent en rien dans le cerveau de ce qu'elles sont ailleurs. — Ce sont originairement des *hyperplasies cellulaires*, lesquelles aboutissent plus tard soit à des *scléroses*, soit à des *gommes*. — Description.

I. Lésions méningées. — Deux formes : Méningites scléreuses et méningites gommeuses.

1° *Méningites scléreuses*. — Forme la plus commune. — Sa fréquence relative sur les diverses méninges. — Caractères anatomiques. — *Symphyse méningée*. — *Symphyse méningo-cérébrale*. — Valeur de ces deux lésions pour le diagnostic anatomique de spécificité.

2° *Méningites gommeuses*. — Association fréquente de cette forme avec la précédente (méningite *scléro-gommeuse*). — Siége. — Deux variétés : infiltrations gommeuses diffuses et tumeurs gommeuses circonscrites. — Description des gommes méningées.

Réaction fréquente des lésions méningées sur les organes avoisinants : 1° sur les nerfs crâniens (paralysies par compression); — 2° sur les vaisseaux ; — 3° sur le cerveau. — Altérations nutritives de la substance grise.

II. Lésions vasculaires. — Deux ordres : 1° lésions *périvasculaires* ou lésions de compression. — Tendance des infiltrations scléreuses ou gommeuses à suivre l'arbre vasculaire. — 2° Lésions *vasculaires* proprement dites : *artérite scléreuse* et *artérite gommeuse*. — Description.

Conséquences anatomiques de ces lésions vasculaires : sténose

2

artérielle ; — thrombose ; — oblitérations artérielles. — Quels vaisseaux peuvent être affectés de telles lésions ? — Cas d'oblitération de la carotide cérébrale. — Dilatations anévrismales, hémorrhagies.
Conséquences cliniques : tous phénomènes *d'ischémie cérébrale* et de *ramollissement*. — Importance excessive de ces lésions vasculaires.

Messieurs,

Le cerveau (et je comprends sous ce terme non pas seulement la masse nerveuse, mais ses enveloppes et ses vaisseaux) peut être intéressé de deux façons par la syphilis : *directement* ou *indirectement*.

Il est intéressé *directement*, alors qu'il se trouve atteint de lésions qui sévissent sur lui primitivement, qui affectent d'emblée telle ou telle de ses parties constituantes.

Il est intéressé *indirectement*, alors qu'il devient le siége de lésions qui sont le résultat, l'extension, la conséquence d'autres lésions préalables, affectant un système voisin, les os du crâne ou de la face par exemple. C'est ainsi qu'une carie du pariétal peut provoquer la formation d'un abcès dans l'hémisphère correspondant.

Les lésions du premier genre constituent la *syphilis cérébrale proprement dite.*

Celles du second genre ne constituent que des accidents cérébraux symptomatiques, secondaires, indirects (*syphilis cérébrale indirecte*).

Laissons de côté ces dernières, dont nous aurons l'occasion de parler longuement à propos de la syphilis osseuse crânienne. C'est donc, d'une façon exclusive, la syphilis cérébrale proprement dite qui va nous occuper dans ce qui va suivre.

I. — Les lésions syphilitiques de l'encéphale peu-

vent affecter les diverses parties contenues dans la boîte crânienne, à savoir : les *méninges*, les *vaisseaux*, et le *parenchyme cérébral*.

Parfois elles sont limitées à telle ou telle de ces parties. Il est plus fréquent qu'elles en intéressent plusieurs à la fois. C'est ainsi, par exemple, que les lésions des méninges retentissent presque infailliblement sur la substance du cerveau; c'est ainsi surtout que les altérations vasculaires aboutissent d'une façon pour ainsi dire fatale à la production de lésions consécutives du parenchyme nerveux.

II. — Qu'elles occupent tel ou tel système constitutif de la masse encéphalique, les lésions syphilitiques ne l'occupent jamais *en totalité*, dans toute son étendue. Toujours, elles sont limitées à une partie, à un département de ce système.

De la sorte, elles se localisent en un point du cerveau, en une *région*, sans affecter jamais le cerveau tout entier.

De même, elles peuvent bien occuper une plus ou moins grande étendue de la surface des méninges; mais jamais (au moins que je sache) elles ne se propagent à toute la surface de ces membranes.

De même encore pour les lésions vasculaires. Une seule artère, deux ou trois artères au plus peuvent être affectées ; mais jamais le système artériel cérébral n'est envahi dans sa totalité.

Ce sont donc, Messieurs, des lésions *partielles* que produit la syphilis dans l'encéphale. Retenez bien ce premier point.

III. — Il est encore, relativement au siége de ces lésions, une autre particularité essentielle à signaler.

Ce ne sont pas toujours des lésions *à foyer unique* que crée la syphilis dans le cerveau. Tout au contraire, il est assez commun qu'elle multiplie et qu'elle éparpille ses localisations, soit originairement, soit secondairement, sur plusieurs points de l'encéphale. Bientôt je vous en citerai des exemples.

Ce second caractère anatomique de la syphilis cérébrale, consistant dans la multiplicité et la dissémination des lésions spécifiques, est fort intéressant à relever, attendu qu'il donne l'explication de particularités cliniques qui impriment à la maladie une allure et des formes presque spéciales, assez spéciales tout au moins pour fournir au diagnostic différentiel des éléments d'importance majeure.

Ajoutons enfin cette autre considération qui n'est pas sans intérêt : presque toujours les localisations de la syphilis cérébrale sont *asymétriques* d'une moitié à l'autre de l'encéphale.

IV. — Ces préliminaires établis, voyons maintenant ce en quoi consistent les lésions de la syphilis cérébrale.

L'histoire anatomique de la syphilis cérébrale comprend *deux ordres de lésions* qu'il est très-essentiel de définir et de différencier tout d'abord, pour l'intelligence de nombre de phénomènes cliniques que nous rencontrerons plus tard.

Elle comprend en effet :

1° Des lésions *spéciales*, *propres*, *primitives* ;

2° Des lésions *communes*, *secondaires*, *deutéropathiques*.

Exemples :

La syphilis produit une gomme du cerveau ; voilà une lésion *spéciale*, originelle, primitive. De même, la syphilis produit une artérite scléreuse ou gommeuse ; voilà encore une lésion du même ordre.

Mais cette gomme excite autour d'elle un travail d'irritation de voisinage, un processus subinflammatoire périphérique ; mais ce vaisseau altéré vient à s'obstruer, et cesse de distribuer le sang à un département cérébral qui subit, à partir de ce moment, des dégénérescences variées, qui s'ischémie, qui se ramollit, etc. Voilà des lésions *consécutives*, qui n'ont plus *rien de spécifique*, qui ne sont plus d'origine syphilitique. Et, en effet, une tumeur quelconque produirait de même autour d'elle un rayonnement semblable de phlegmasie symptomatique ; et, en effet, une oblitération vasculaire quelconque déterminerait des phénomènes identiques d'ischémie et de ramollissement. En un mot, nous n'avons plus affaire ici qu'à des lésions *communes*, *secondaires*, deutéropathiques.

Ainsi donc, *dualité de lésions* composant la syphilis cérébrale : les unes *spéciales*, et relevant directement de la diathèse ; les autres *communes*, conséquences banales de ces dernières.

Tel est un point très-important à établir, intéressant à la fois l'anatomie et la clinique, comme nous le verrons ultérieurement.

§ I. — Lésions propres.

Parlons d'abord du premier groupe de ces lésions. Que sont les lésions *propres* de la syphilis cérébrale ?

L'étude anatomique de la syphilis cérébrale a été tellement surchargée de descriptions particulières et de dénominations variées, qu'elle pourrait au premier abord, Messieurs, vous paraître singulièrement complexe et ardue. Rassurez-vous cependant. Au total, elle est des plus simples, comme vous en serez convaincus, je l'espère, dans un instant.

Tout d'abord, notez bien ceci comme point de départ : la syphilis ne produit rien autre sur le cerveau que ce qu'elle a l'habitude de produire ailleurs. Les lésions qu'elle détermine sur l'encéphale sont exactement, trait pour trait, celles qu'elle détermine sur tout autre organe dans le cours de la période tertiaire. En un mot, ce que nous allons rencontrer et décrire dans le cerveau, comme produit de la syphilis, consistera et ne consistera qu'en des altérations identiques à celles que nous avons déjà rencontrées et décrites dans tant d'autres viscères, tels que le foie, le testicule, le poumon, etc.

De cela, voici la preuve.

Vous savez quelles lésions constituent anatomiquement la syphilis tertiaire. N'importe où vous l'observiez, vous la voyez se caractériser par des *hyperplasies cellulaires* originelles, susceptibles d'aboutir plus tard, suivant leur mode d'évolution ultérieure, à tel ou tel de ces deux termes définitifs : la *sclérose* ou la *gomme*.

Quelques détails :

L'exorde de toute néo-formation syphilitique est une hyperplasie cellulaire, c'est-à-dire une prolifération locale, plus ou moins abondante, d'éléments cellulaires en un point quelconque du corps. Répandus au sein d'une gangue amorphe, ces éléments infiltrent le parenchyme de l'organe affecté sur une étendue variable, s'y mul-

tiplient, et arrivent à constituer une nodosité, une tumeur, qu'on qualifiait autrefois du nom de *nodus* ou d'engorgement, qu'on appelle aujourd'hui un *infiltrat*, infiltrat circonscrit ou diffus, suivant son mode de constitution par rapport aux tissus.

Dépôt hyperplasique, formation cellulaire interstitielle dans le parenchyme d'un organe, voilà, toujours et partout, la caractéristique anatomique initiale de la production tertiaire, du *syphilome* tertiaire, comme on dit actuellement.

Puis, ultérieurement, cette hyperplasie est susceptible d'affecter l'un ou l'autre des deux modes d'évolution que voici :

1° Ou bien, les éléments cellulaires déposés de la sorte dans le parenchyme des tissus sont et restent doués de vitalité; ils sont *vivaces*. Dans ce cas, ils se multiplient, prolifèrent de plus en plus, et constituent une véritable trame organique, qui enserre dans ses mailles les tissus normaux servant de *substratum* à la formation nouvelle. Cette trame se condense; de cellulaire qu'elle était d'abord, elle devient cellulo-fibroïde, puis fibroïde, puis fibreuse. Peu à peu elle se rétracte, à la façon des productions inodulaires. Les éléments normaux de l'organe affecté se trouvent alors étreints, comprimés, étouffés par cette masse à la fois proliférante et rétractile; ils s'atrophient, dégénèrent, et disparaissent progressivement, soit en partie, soit en totalité. Et, finalement, il se constitue de la sorte un tissu nouveau, qui, se substituant au tissu primitif, fondamental, aboutit, comme dernier terme de cette évolution morbide, à former ce qu'on appelle aujourd'hui une SCLÉROSE.

Sclérose, c'est-à-dire constitution d'une masse fi-

broïde ou fibreuse, avec dégénérescence, atrophie et disparition plus ou moins complète des éléments organiques normaux d'un tissu, telle est donc l'une des terminaisons possibles, comme évolution ultérieure, de l'hyperplasie cellulaire originelle.

2° Ou bien les mêmes éléments cellulaires, dotés sans doute, dans la seconde alternative que nous allons étudier, d'une vitalité moindre, se désorganisent hâtivement. A peine nés, ils sont pour ainsi dire mort-nés. Presque aussitôt, en effet, ils tendent à se détruire, en passant par une série de transformations et de segmentations que je vous ai décrites sous le nom de *dégénérescence granulo-graisseuse*. Bref, ils meurent véritablement *in situ*, en tant qu'éléments organiques. Et bientôt ils ne forment plus, au sein des tissus normaux, qu'une sorte de détritus, de « *caput mortuum* », sous l'aspect d'une masse caséeuse, jaunâtre ou jaune, *tuberculiforme*, à laquelle, comme vous le savez, on a donné le nom de GOMME.

Ainsi donc, en résumé :

Hyperplasie vivace, tendant à une organisation fibreuse fixe, permanente, définitive ; — telle est la sclérose ;

Hyperplasie caduque ou dégénérative, se désorganisant dès sa naissance et aboutissant d'une façon rapide à l'état granulo-graisseux ; — telle est la gomme.

Et ces deux ordres de lésions composent le bilan anatomique de la syphilis tertiaire, si je puis ainsi parler. Toute la syphilis tertiaire, au total, se compose de ceci : des hyperplasies cellulaires originelles, lesquelles aboutissent plus tard soit à des scléroses, soit à des gommes.

Or, Messieurs, — et nous voici ramenés à notre point de départ,— ce qu'est la syphilis ailleurs et partout, elle l'est aussi dans le cerveau; ce qu'elle fait, ce qu'elle produit en tout organe, elle le fait, elle le produit dans l'encéphale, et rien autre. Toutes les lésions encéphaliques de la vérole vont donc être calquées sur le processus anatomique qui précède.

Et c'est ainsi qu'au détail de ce qui va suivre nous trouverons la syphilis cérébrale exclusivement constituée, comme vous pouvez déjà le préjuger, de la façon suivante, à savoir :

Originairement, par des *hyperplasies* circonscrites, c'est-à-dire par des proliférations cellulaires se produisant sur telle ou telle des parties constitutives de l'encéphale (méninges, vaisseaux, parenchyme nerveux);

Puis, ultérieurement, par ces mêmes hyperplasies, en voie d'aboutir ou ayant abouti déjà soit à l'organisation vivace et permanente qui constitue la *sclérose*, soit à la désorganisation prématurée qui constitue la *gomme*.

Rien de plus simple donc, comme vous le voyez. Rien, en somme, dans cette anatomie pathologique de la syphilis cérébrale, qui ne rentre dans les lois anatomiques générales de la diathèse.

Cela posé, venons maintenant aux descriptions spéciales, et examinons tour à tour les lésions que peut déterminer la maladie sur les diverses parties de l'encéphale.

1° *Lésions des méninges.*

Je n'ai tout d'abord, à propos de ces lésions, qu'à vous répéter mot pour mot ce que je vous disais il n'y a qu'un moment, à savoir : qu'elles consistent originaire-

ment en des hyperplasies cellulaires, lesquelles aboutissent, après un certain temps, soit à l'organisation scléreuse, soit à la désorganisation gommeuse. Ce sont donc ou bien des *méningites scléreuses*, ou bien des *méningites gommeuses*, qui résultent de l'influence syphilitique sur les enveloppes du cerveau.

I. — De ces deux formes, la première, la *méningite scléreuse*, est infiniment la plus commune. C'est même, je puis le dire, de beaucoup la plus commune entre toutes les lésions cérébrales syphilitiques. On la rencontre dans la plupart des autopsies, soit comme lésion principale, soit comme lésion concomitante.

Anatomiquement, elle consiste en ceci : un état des membranes cérébrales qui se présentent modifiées d'aspect et de structure, néoplasiées, évidemment infiltrées par un tissu de production nouvelle, épaissies à un degré variable, et cela jusqu'à se montrer doublées, triplées, quadruplées, sur une coupe verticale. Parfois même on a vu des épaississements de ce genre acquérir un volume tel en certains points qu'on aurait pu les décrire comme de petites tumeurs.

De là un aspect des méninges plus blanchâtre que de coutume ; de là un état plus coriace, plus fibreux, je dirais presque aponévrotique pour certains cas.

Cette méningite hyperplasique a pour caractère d'être habituellement *partielle*, c'est-à-dire circonscrite à une étendue plus ou moins limitée du cerveau, à une région. C'est ainsi que, dans un cas dû à M. Brouardel, un épaississement considérable des membranes était exclusivement circonscrit à la région de la protubérance.

Quelquefois cependant les membranes sont intéressées sur une surface plus ou moins considérable. — On a même cité des cas d'épaississement général des méninges dans toute leur étendue, mais c'est là un fait absolument exceptionnel.

Parfois encore on observe des foyers *multiples* de méningite, disséminés sur divers départements du cerveau.

Comme siége, la méningite hyperplasique affecte, avec des degrés très-variables de fréquence, les diverses membranes cérébrales. Ainsi on la rencontre :

1° Très-fréquemment sur la *dure-mère*. (Là, comme vous le savez, elle prend le nom de *pachyméningite*);

2° Bien plus rarement sur la séreuse intermédiaire. On a cité cependant plusieurs cas curieux d'*arachnitis* hyperplasique. Telle est une observation où cette membrane avait acquis en un point « une demi-ligne d'épaisseur ». Telle est une autre observation d'Essmarck et Jessen, dans laquelle l'arachnoïde présentait une sorte d'infiltration lenticulaire disséminée sous forme de petites granulations comparables, comme volume, à une tête d'épingle. On a même trouvé l'arachnoïde épaissie jusque dans les ventricules (1);

3° Très-fréquente redevient la méningite hyperplasique au niveau de la *pie-mère*. Là elle se présente le plus souvent sous forme de plaques d'une étendue variable, et quelquefois sous forme de traînées allongées, qui (détail curieux) semblent se propager en suivant le trajet des vaisseaux. Ce dernier fait s'observe surtout au niveau de la scissure de Sylvius.

(1) V. un cas relaté par Owen Rees (*Guy's Hospital Rep.*, 1872. — Analyse dans la Revue des sciences médicales de Hayem, t. I, p. 239).

Le plus habituellement, la pie-mère affectée de la sorte se montre simplement opalescente et laiteuse. Parfois elle s'épaissit davantage et devient presque cellulo-fibreuse. On l'a vue (mais cela est bien plus rare) devenir véritablement fibreuse et comme aponévrotique. Tel est un cas des plus remarquables, dû à M. le professeur Richet, cas dont j'aurai plus tard l'occasion de vous entretenir.

Un fait spécial à la méningite de la pie-mère, c'est l'adhérence de cette membrane avec le cerveau. Dans tous les cas où l'on trouve la pie-mère lésée par la syphilis, opalescente, épaissie, fibroïde, on la trouve aussi fortement adhérente aux couches nerveuses corticales. Il est alors difficile, impossible même, de la séparer du parenchyme cérébral; et lorsque, avec des pinces, on essaie de la détacher de ce parenchyme, jamais on n'y réussit qu'en emportant des lambeaux, des débris arrachés aux couches corticales, si patiemment et si habilement d'ailleurs qu'on y procède.

Les lésions que nous venons de décrire peuvent affecter les membranes cérébrales isolément, c'est-à-dire porter d'une façon exclusive soit sur la dure-mère, soit sur la pie-mère. C'est là le cas le moins fréquent.

Il est plus habituel que les membranes cérébrales soient affectées simultanément, de compagnie ; et l'on observe ainsi, dans la plupart des cas, des lésions complexes de méningite hyperplasique, intéressant plusieurs des méninges à la fois.

Or de cette association de lésions résultent deux faits anatomiques importants et très-dignes de remarque, à savoir :

La symphyse méningée ;

La symphyse méningo-cérébrale.

C'est-à-dire :

1° *Symphyse méningée*, consistant en l'adhérence réciproque des membranes entre elles. Cette adhérence se produit, sur une étendue variable, dans les points où les membranes ont subi un processus hyperplasique commun. Elle a pour effet de fusionner intimement en ces points les diverses méninges ; et de là résulte la formation d'une sorte de *méninge unique*, laquelle, fortement épaissie, constitue au cerveau une véritable carapace fibreuse, aponévrotique, parfois presque tendineuse.

2° *Symphyse méningo-cérébrale*, consistant en l'adhérence de cette carapace fibreuse, de cette méninge unique, avec la surface du cerveau, par l'intermédiaire de la pie-mère intimement soudée aux couches nerveuses corticales. Ainsi, d'une part, adhérence des membranes entre elles, et, d'autre part, adhérence de ces membranes avec le cerveau, tel est l'état anatomique constituant ce qu'on appelle la symphyse méningo-cérébrale. Méninges et cerveau n'existent plus alors à l'état distinct ; tout est fusionné en une masse commune. Le parenchyme cérébral n'a plus d'enveloppes isolables ; il est continu, avec une coque fibreuse adhérente.

Eh bien ! Messieurs, ces deux états anatomiques comportent, en ce qui nous concerne, un intérêt considérable. Sans doute ils ne sont ni l'un ni l'autre pathognomoniques de la syphilis ; sans doute ils n'attestent indubitablement, ni l'un ni l'autre, une influence, une origine syphilitique ; mais ils n'ont pas moins, comme signes nécroscopiques, une très-haute valeur, en ce qu'il est peu de maladies autres que la syphilis où l'on

observe à un égal degré soit une sclérose aussi accentuée, une transformation fibroïde ou fibreuse aussi complète des méninges cérébrales, soit une fusion aussi intime du cerveau avec les méninges.

II. — *Méningites gommeuses.* — Les productions gommeuses des méninges sont assez communes, mais bien moins communes assurément que les productions simplement hyperplasiques et scléreuses dont nous venons de parler.

Le plus fréquemment, presque toujours même, elles sont associées à ces dernières. Et alors, de deux choses l'une :

Ou bien elles ne constituent, au sein des épaississements hyperplasiques, qu'une lésion très-secondaire d'importance, accessoire, subordonnée. Ce qu'on observe alors, c'est une méningite hyperplasique, semée çà et là de noyaux, de petits nodules gommeux, caséeux, jaunes ou jaunâtres. — Cet ensemble complexe de lésions à la fois scléreuses et gommeuses n'est pas rare, vous le savez, dans la syphilis. Je vous l'ai déjà signalé à propos de la glossite scléro-gommeuse, du sarcocèle scléro-gommeux, etc. Peut-être donc pourrait-on par analogie donner à cette forme anatomique de lésions méningées le nom de *méningite scléro-gommeuse.*

Ou bien les productions gommeuses constituent la forme anatomique prédominante, au pourtour de laquelle les dépôts hyperplasiques ne sont plus que l'élément accessoire, subordonné. Ce cas, vous le voyez, est précisément l'inverse du précédent, et constitue la méningite gommeuse proprement dite dont nous allons parler.

La méningite gommeuse, ou, pour mieux dire, les gommes méningées affectent des siéges divers.

On les rencontre le plus souvent dans la dure-mère, soit sur sa face externe, soit sur sa face interne, soit même complétement enclavées dans cette membrane, ce qui est beaucoup plus rare. — Un peu moins fréquemment elles affectent la pie-mère. — Bien plus rares enfin sont les gommes paraissant originairement nées dans l'arachnoïde (1).

Du reste, si l'origine initiale de ces productions gommeuses peut quelquefois être précisée avec rigueur, il s'en faut qu'il en soit ainsi dans tous les cas. Très-souvent, alors surtout que la lésion a acquis un développement notable, il n'est pas possible de dire si la gomme a eu son point de départ dans la pie-mère ou dans la dure-mère ou dans l'arachnoïde; car elle occupe les trois membranes à la fois, et rien n'indique qu'elle ait procédé de telle ou telle originairement. Force est donc alors de se borner à qualifier la production morbide du nom de *gomme méningée*, sans s'aventurer à mieux en déterminer la provenance.

Il y a plus même. Parfois, en présence de lésions gommeuses considérables, affectant à la fois les os, les méninges et le cerveau, il est malaisé, pour ne pas dire impossible, de démêler la provenance originelle de telles lésions, et d'en fixer rigoureusement le point de départ anatomique.

Les gommes méningées se présentent sous *deux formes:*

(1) Voir comme exemple un cas cité par le Dr Ch. Hildenbrand (*De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*, thèse de Strasbourg, 1859; — obs. XI, p. 55).

1° Tantôt ce sont des *infiltrations diffuses, en nappe*, constituant sur les méninges des plaques caséeuses, jaunâtres, d'un ou même de plusieurs millimètres d'épaisseur, sur une étendue de quelques centimètres carrés. Elles ressemblent alors assez bien à ce que serait une couche de pus concrété à la surface des circonvolutions ou sur les membranes cérébrales.

2° Tantôt elles forment de véritables *tumeurs circonscrites*, ovoïdes, globuleuses, tout à fait identiques par l'ensemble de leurs caractères avec les gommes de n'importe quel autre organe. C'est assez dire qu'elles sont constituées par des masses solides, fermes, consistantes, lardacées ; — grises à leur circonférence et jaunâtres à leur centre, qui constituent ce que l'on appelle le noyau caséeux ; — quelquefois absolument jaunes, quand elles ont subi dans toute leur étendue la dégénérescence granulo-graisseuse, et alors *tuberculiformes* d'aspect, souvent même assez difficiles à différencier du grand tubercule cérébral.

Histologiquement, elles présentent la composition habituelle de toutes les gommes.

Il nous suffira donc d'indiquer ici quelques particularités relatives à leur nombre, leur volume et leur siége.

Elles sont de volume assez variable. Quelquefois très-petites, comparables à un grain de chènevis, elles atteignent plus habituellement le volume d'un noyau de cerise ou d'un gros pois. Parfois plus considérables, on les trouve grosses comme une amande, une noisette. Très-rarement elles acquièrent des proportions supérieures ; cependant on en a décrit qu'on a pu assimiler à une noix, voire à un œuf de poule. Ces gommes de volume excessif se produisent surtout dans la pie-mère. Leur

siége habituel est la base du cerveau, depuis le chiasma jusqu'à la fosse basilaire.

Les gommes des méninges sont également variables comme nombre. On n'en trouve quelquefois qu'une seule; d'autres fois on en rencontre plusieurs, deux, trois, quatre et même davantage (1).

Comme siége, enfin, les gommes méningées affectent avec une prédilection marquée certaines localisations spéciales. Ainsi elles sont incontestablement plus communes soit au niveau de la *convexité des hémisphères*, soit à la base du crâne, notamment vers la région de la selle turcique.

Reconnaissons d'ailleurs qu'elles peuvent se produire sur tous les points de la surface des méninges. On en a même rencontré jusque dans la faux du cerveau.

Les lésions de méningite scléreuse ou gommeuse que je viens de décrire sont de beaucoup les plus importantes parmi toutes celles qui composent l'anatomie pathologique de la syphilis cérébrale. Elles sont les plus importantes à deux titres : en raison, d'abord, de leur fréquence plus grande ; en raison aussi des influences multiples et variées qu'elles exercent ou peuvent exercer sur les tissus périphériques. Cette dernière considération va exiger de nous quelques développements.

Il est très-commun, il est presque fatal que les lésions

(1) Un de mes malades en présentait trois, du volume d'un noyau de cerise ou d'un petit haricot, au niveau de la scissure de Sylvius. — Dans un cas relaté par H Jackson*, une *grappe* de nodules syphilitiques provenant de la dure-mère refoulait la pie-mère dans le parenchyme cérébral.

* *A Study of convulsions*, Obs. 7, p. 39.

méningées retentissent sur les tissus, sur les organes auxquels elles confinent. Cette réaction de voisinage s'exerce soit sur les *nerfs*, soit sur les *vaisseaux*, soit sur le *cerveau*. Elle devient alors ou peut devenir l'origine de lésions consécutives d'une importance extrême, que je dois immédiatement vous signaler.

Étudions-la tour à tour sur les divers organes qu'elle est susceptible d'intéresser.

1° *Nerfs crâniens*. — Vous savez, Messieurs, comment se comportent les membranes cérébrales par rapport aux nerfs qui naissent du cerveau. D'une part, la dure-mère fournit à quelques-uns de ces nerfs (non pas à tous) un prolongement en forme de gaîne, qui les accompagne jusqu'aux orifices d'émergence de la boîte crânienne et quelquefois même plus loin. — D'autre part et surtout, la pie-mère se réfléchit sur les nerfs crâniens, les entoure étroitement, et leur forme une véritable gaîne cellulo-fibreuse, résistante, laquelle les revêt jusqu'à leur terminaison. De telle sorte que le névrilème n'est, à vrai dire, qu'une continuation de la pie-mère.

En un mot, les nerfs crâniens, à leur naissance dans le cerveau, sont enveloppés, entourés, circonscrits par un revêtement protecteur, lequel n'est rien autre qu'une continuation des méninges.

Or, si les méninges, au niveau des points où elles enveloppent un nerf dans son trajet intra-crânien, viennent à s'hyperplasier ou à subir une infiltration gommeuse, qu'advient-il du nerf sous-jacent? Il advient, si je puis ainsi parler, que le contenant étouffe le contenu. La gaîne extérieure s'épaississant, le nerf se trouve com-

primé, enserré, étranglé (1). Dans ces conditions, il ne tarde pas à s'altérer, à subir une dégénérescence progressive et des modifications de structure que nous étudierons en temps et lieu. Finalement, il s'atrophie. Quelquefois même, il fait plus que s'atrophier, il disparaît presque complétement, il est anéanti en tant que cordon et conducteur nerveux.

Et telle est, pour le dire immédiatement, l'origine d'un certain nombre de ces *paralysies des nerfs crâniens*, qui accompagnent si souvent les syphilis cérébrales et qui en constituent, comme nous le verrons, un des symptômes les plus caractéristiques.

2° *Vaisseaux.* — Une réaction exactement identique se produit parfois sur les vaisseaux, artères ou veines, qui peuvent être comprimés, rétrécis, oblitérés, par des hyperplasies ou des gommes méningées. Bornons-nous à signaler le fait pour l'instant ; nous aurons l'occasion d'y revenir en détail dans ce qui va suivre.

3° *Cerveau.* — Quant au cerveau, les lésions méningées retentissent sur lui d'une double façon, suivant un double mode que voici :

(1) C'est ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, que, dans un cas observé par M. le professeur Richet, « la pie-mère épaissie et *de structure fibreuse* étranglait les nerfs crâniens à l'endroit où ils émergent de l'encéphale. » (*In* ZAMBACO, *Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1862, page 317.)

Des faits semblables ou analogues ont été cités par divers auteurs. Un des plus remarquables est dû au Dr Thomas Barlow. A l'autopsie d'un enfant syphilitique âgé de quinze mois, on découvrit une tumeur siégeant à la base du cerveau et comprimant les origines superficielles des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième paires, de chaque côté. L'examen microscopique de ces cordons nerveux y révéla une désorganisation profonde de leurs éléments constitutifs. (*Communication orale.*)

D'abord, elles peuvent retentir sur lui par simple propagation de voisinage. Très-fréquemment, au voisinage des méningites hyperplasiques ou gommeuses, on trouve les portions attenantes du cerveau en voie de dégénérescence scléreuse ou gommeuse. A ce point qu'on a pu dire (simple façon de parler, je pense) « que ces méningites spécifiques étaient infectieuses par voie de continuité ». Que l'explication soit défectueuse, insoutenable, n'importe; le fait est vrai, et cette propagation des lésions méningées au cerveau est un fait des plus patents.

En second lieu et surtout, les lésions méningées retentissent sur le cerveau *par les troubles qu'elles déterminent dans la circulation cérébrale*. Ceci, Messieurs, mérite toute votre attention et ne sera bien compris de vous que si je fais appel à vos souvenirs anatomiques, pour mettre à profit les notions spéciales que nous devons aux beaux travaux de M. Duret sur la circulation et le mode de nutrition des divers départements du cerveau (1).

Comment se nourrissent les circonvolutions cérébrales? Par l'intermédiaire de la pie-mère, dont les arborisations envoient au cerveau des vaisseaux de deux ordres, à savoir : des artères, dites médullaires, pour la substance blanche; et des artères, dites corticales, pour la substance grise. Ces artères — notez bien ce point, je vous prie — sont remarquablement grêles. Celles de la substance grise, par exemple, ne mesurent que de « un à trois centièmes de millimètre » (2). De

(1) *Recherches anatomiques sur la circulation de l'encéphale* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, publiées par Brown-Séquard, Charcot et Vulpian, 2e série, t. Ier, 1874).

(2) Duret, travail cité, p. 952.

sorte que la circulation cérébrale se trouve, pour ainsi dire, *tamisée* par la pie-mère.

Or, la pie-mère venant à être le siége d'épaississements hyperplasiques, scléreux ou gommeux, que deviennent à leur tour les vaisseaux par lesquels elle a mission d'alimenter le cerveau? Ces vaisseaux, tout naturellement, sont comprimés, étranglés, oblitérés; et cela d'autant plus facilement qu'ils sont plus petits.

Donc, par le fait de ces lésions méningées et consécutivement à ces lésions, la circulation cérébrale peut se trouver compromise. Partant, la nutrition du cerveau, diminuée, enrayée, ne tarde pas à devenir insuffisante. Et où devient-elle insuffisante principalement? Dans la substance grise, dont les ramuscules minimes, en raison même de leur ténuité, sont naturellement les premiers à disparaître sous l'étreinte des proliférations périphériques (1).

De là, Messieurs, comme conséquences dernières, des *altérations nutritives* dans le tissu cérébral, spécialement dans la substance grise.

Et c'est ainsi que se trouvent expliqués nombre de

(1) « La substance grise est plus délicate que la substance blanche; les mouvements nutritifs y sont plus actifs et plus rapides, et sa vascularisation plus abondante. Aussitôt que le liquide nourricier ne la baigne plus, ses éléments se flétrissent et elle devient diffluente. La substance blanche, au contraire, est parcourue par des mailles capillaires plus larges... sa vitalité est moindre et son besoin de liquide sanguin moins incessant. Lorsque le cours du sang est suspendu, *c'est donc la couche grise qui s'altère la première*. Cette hypothèse physiologique est confirmée par les faits. Si on lit attentivement les observations de la thèse de M. le docteur Bourneville, réunies sous ce titre : «Cas dans lesquels le ramollissement du cerveau a déterminé promptement la mort,» on voit que toujours la substance grise est ramollie dans presque tout le champ nutritif de l'artère oblitérée, tandis que la substance blanche a souvent conservé sa consistance normale, etc.» (Duret, travail cité, p. 929.)

phénomènes cliniques de la syphilis cérébrale, dont j'aurai plus tard à vous entretenir en détail.

2° *Lesions vasculaires.*

Ces lésions sont de deux ordres, absolument distincts par leur modalité pathogénique.

Les unes, étrangères originairement au système circulatoire, n'aboutissent que secondairement à intéresser ce système. Ce sont des *lésions péri-vasculaires*, n'agissant sur les vaisseaux que par voie de contiguïté ou de voisinage.

Les autres, au contraire, sont des lésions directes, primitives, *intrinsèques*, du système circulatoire.

Examinons successivement ces lésions de divers genres.

I. — Les premières sont purement et simplement des lésions *de compression*.

Il est assez fréquent, dans la syphilis cérébrale, que des vaisseaux sanguins soient comprimés latéralement ou même complétement enserrés par des productions morbides spécifiques, situées à leur voisinage. Ces productions, comme il est facile de le préjuger, sont tantôt des scléroses méningées, et tantôt des tumeurs gommeuses d'origine quelconque, soit méningées, soit cérébrales, soit même sous-méningées. Comprimant ou étreignant un vaisseau dans une certaine étendue, elles en réduisent naturellement le calibre, elles y troublent le courant circulatoire; souvent même elles déterminent des modifications de structure dans les parois vasculaires, etc. Finalement, par un mécanisme ou par un

autre, elles aboutissent à déterminer des coagulations intérieures, des thromboses adhérentes, voire parfois des oblitérations vasculaires absolues (1).

Remarque anatomique digne d'intérêt : les infiltrats scléreux ou gommeux de la syphilis cérébrale affectent souvent, par rapport au système circulatoire, une disposition assez particulière. On les voit, en maintes occasions, se masser et fuser sous forme de traînées le long des artères cérébrales. Ils s'irradient et progressent de la sorte en suivant les vaisseaux, en les prenant pour support, en s'y attachant à la façon du lierre autour d'un tronc d'arbre (2).

Il y a plus. Parfois ces gommes péri-vasculaires s'organisent autour du vaisseau sous forme de couches concentriques. C'est-à-dire qu'une première prolifération gommeuse se produit autour du tronc artériel, puis une seconde autour de la première, une troisième autour de la seconde, et ainsi de suite. Ces zones concentriques rappellent certains modes de cristallisations qui, se groupant sur un axe au sein d'une solution saline, conti-

(1) Les cas de ce genre abondent dans la science, à ce point que je crois inutile d'en citer aucun comme exemple particulier.

(2) On a même prétendu que les vaisseaux servent en quelque sorte de *conducteurs* à la gomme pour l'introduire dans le parenchyme cérébral. D'après certains auteurs, la plupart des gommes intra-cérébrales ne seraient rien autre que des gommes *péri-vasculaires*, originairement développées au pourtour et aux dépens des ramuscules artériels.

Un fait intéressant, relaté par le Dr Gowers (*The Lancet*, 1877, p. 92) semble particulièrement favorable à cette manière de voir. Dans ce fait, un syphilome originaire de la dure-mère avait envahi le cerveau par plusieurs prolongements qui pouvaient être suivis dans la substance même de la circonvolution correspondante. Or *de l'extrémité de chacun de ces prolongements se détachait un vaisseau.* Donc l'invasion du cerveau s'était positivement faite par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins, et grâce à la continuité bien connue des gaînes péri-vasculaires avec la méninge profonde, c'est-à-dire avec la pie-mère.

nuent à s'accumuler les unes sur les autres par stratifications successives.

En tout cas, les productions gommeuses de l'encéphale ont, vous le voyez, une tendance manifeste à se grouper autour des troncs vasculaires, qu'elles enlacent et compriment de façon à en réduire plus ou moins le calibre. C'est là pour elles un véritable siége de prédilection.

Comme exemple, laissez-moi vous citer en passant un cas fort curieux de H. Jackson, cas dans lequel *quatre* troncs artériels (artères cérébrales postérieures et cérébelleuses supérieures) étaient unis les uns aux autres, en même temps que soudés à la troisième paire, par une masse gommeuse jaunâtre (1).

Ces exsudats gommeux péri-vasculaires sont quelquefois multiples. Ainsi, dans ce même cas de H. Jackson, il existait, indépendamment du foyer gommeux que je viens de décrire, un autre foyer de même forme et de même nature, lequel unissait l'artère cérébelleuse antérieure gauche à la vertébrale gauche, et de plus maintenait accolés ces deux vaisseaux au tronc de la neuvième paire.

Les lésions de compression, dont l'étude précède, intéressent presque exclusivement le système artériel. Elles paraissent beaucoup plus rares en ce qui concerne le système veineux. On les y a cependant observées quelquefois. C'est ainsi, par exemple, que M. Virchow a relaté un cas de thrombose du sinus transverse, produite par une compression résultant d'une pachyméningite. A cette thrombose avait succédé un ramollissement rouge d'une circonvolution.

(1) *The Journal of mental science*, 1874.

II. — Venons maintenant aux lésions du second ordre.

Celles-ci sont des lésions propres des artères, des lésions vasculaires *pariétales*, originairement développées dans le tissu même, les tuniques mêmes des vaisseaux.

Longtemps méconnues ou peu remarquées tout au moins, elles n'ont été bien étudiées que de nos jours. Il y a peu d'années encore, on les considérait comme très-rares, presque exceptionnelles. Mais, depuis qu'on les a signalées à l'attention, on a pris soin de mieux les rechercher à la salle d'amphithéâtre, et on les a rencontrées en maintes et maintes autopsies. Si bien qu'aujourd'hui nous sommes en droit de les regarder comme véritablement fréquentes.

Telles qu'elles ont été décrites jusqu'ici, elles sembleraient s'écarter des types usuellement affectés par les lésions syphilitiques. Il n'en est rien. Tout au contraire, elles ne font que reproduire ces types habituels. Soit comme constitution histologique, soit comme processus de développement, elles ne diffèrent en rien des modalités anatomiques qui caractérisent sur les autres tissus les productions de la syphilis tertiaire. C'est assez vous dire qu'elles consistent originairement en des *hyperplasies cellulaires* interstitielles, qui, plus tard, aboutissent à la dégénérescence *scléreuse ou gommeuse* (1).

Examinons-les successivement sous l'une et l'autre de ces formes :

(1) Voir et comparer, à ne citer que les travaux les plus importants ou les plus curieux :

DITTRICH, *Prager Viertelj.*, 1849 ;

GILDEMEESTER et HOYACK, *Journal médical hebdomadaire des Pays-Bas*, 21 janvier 1854 ;

VIRCHOW, *la Syphilis constitutionnelle* (trad. de Picard) ; — *Pathologie des tumeurs* (trad. d'Aronssohn), etc. ;

1° Les *artérites scléreuses* évoluent selon le processus suivant :

Tout d'abord, prolifération plus ou moins abondante de jeunes cellules dans la trame vasculaire, dans les tuniques mêmes du vaisseau ; — puis, organisation progressive de ces éléments cellulaires ; formation de lamelles rigides, fibroïdes ; — ultérieurement, rétraction inodulaire de ce feutrage fibreux. — En fin de compte, déformation et réduction de calibre de l'artère.

C'est bien là, vous le voyez, Messieurs, une véritable *sclérose* artérielle.

Il se peut d'ailleurs que le processus scléreux prédomine soit vers les tuniques extérieures, soit vers les tuniques plus internes. On a affaire alors, dans le premier cas, à une périartérite, et, dans le second, à une endartérite. Cette distinction n'a pas, à mon gré, l'importance que certains auteurs lui ont attribuée, car souvent ces deux modes de lésions se trouvent associés, et souvent aussi telle est la ténuité du vaisseau affecté que

S. Wilks, *On the syphilitic affections of internal organs* (*Guy's hospital reports*, 1863) ;

Moxon, *Case of acute inflammation of the cerebral arteries during syphilis* (*Lancet*, 1869) ;

H. Jackson (*British medical Journal*, 1873 ; — *The Journal of mental science*, 1874, etc.) ;

Lancereaux, *Des affections syphilitiques de l'appareil circulatoire* (*Archives générales de médecine*, 1873, t. II) ;

Broadbent (*British medical Journal*, 1874) ;

Buzzard, *Clinical aspects of syphilitic nervous affections*, Londres, 1874 ;

Heubner, *Die luetische Erkrankung der Hirnarterien*, Leipzig, 1874 ;

Rabot, *Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales* (Thèses de Paris, 1875) ;

Breefield et Gowers (*Pathological Society of London*, *The Lancet*, janvier 1877) ; — etc., etc.

les lésions des tuniques externes ne tardent pas à retentir sur la circulation, comme celles des tuniques plus intérieures.

Quoi qu'il en soit, à tenir compte seulement des particularités que révèle l'autopsie, voici ce qu'on observe généralement :

1° Parois artérielles épaissies dans une étendue variable ; tantôt seulement sur un segment de leur circonférence, et tantôt (c'est le cas le plus commun) sur leur circonférence tout entière ;

2° En outre, artère rigide, rénitente, indurée ;

3° De plus encore, parois artérielles semées de taches, de plaques, de mouchetures rénitentes, quelquefois même de petits grains durs, ronds, faisant saillie à la fois sur la surface externe et sur la surface interne du vaisseau. — Exceptionnellement, on a signalé la présence dans ces mêmes parois de véritables nodosités, comparables à un grain de riz, voire à un haricot.

4° Enfin, à un degré plus avancé, on constate que l'artère a diminué de volume, qu'elle est rétrécie, réduite de calibre dans des proportions diverses. Il n'est même pas rare de la trouver complétement oblitérée (1).

(1) Le processus que nous venons de décrire est évidemment de forme lente, froide et aphlegmasique, à l'instar de l'évolution habituelle des néoplasies tertiaires. Peut-il revêtir une autre allure ? Je ne saurais le dire, ou plutôt je dois dire que, si cela est possible, je n'en ai jamais observé d'exemple. Moxon, cependant, a relaté (*The Lancet*, septembre 69, trad. dans les *Annales de Doyon*) un cas d'*inflammation aiguë* des artères cérébrales. « Quelques-unes des artères cérébrales, dit-il, étaient affectées d'une manière très-remarquable. L'artère basilaire notamment était beaucoup plus volumineuse et offrait une coloration d'un blanc laiteux. Sur une longueur de trois quarts de pouce, elle présentait l'aspect d'un morceau de *macaroni* bouilli.... Son calibre était rétréci de moitié par suite de la tuméfaction de ses parois, qui, molles et charnues, offraient l'aspect d'une lymphe solide... A l'exa-

Des altérations de ce genre sont parfois limitées à une seule artère. Il est plus habituel de rencontrer plusieurs rameaux ou ramuscules artériels frappés de la même lésion, soit en un point, soit en plusieurs points du cerveau.

C'est ainsi, par exemple, qu'à l'autopsie d'un sujet syphilitique âgé de trente ans (remarquez l'âge en passant) le docteur Buzzard trouva le cercle de Willis presque entièrement converti en cordes rigides et noueuses par un épaississement considérable des vaisseaux. Une thrombose générale occupait d'un bout à l'autre le canal artériel (1).

De même encore, dans un cas de MM. Charcot et Pitres, nous voyons signalées des altérations multiples vers les artères de la base du cerveau :

« Le tronc de la basilaire était fortement épaissi, grâce surtout aux lésions de la tunique externe ; — le tronc de la sylvienne gauche présentait à son origine une nodosité du volume d'un haricot, blanchâtre, de forme irrégulière, et paraissant siéger dans la tunique externe du vaisseau ; — enfin un grand nombre d'artérioles, issues de la basilaire et de la sylvienne, étaient envahies par des nodosités analogues à la précédente, généralement fusiformes, au niveau desquelles le vais-

men microscopique, ces parois tuméfiées étaient composées de corpuscules intimement agglomérés, présentant tous les caractères des corpuscules inflammatoires... *Il ne pouvait donc rester aucun doute sur un état inflammatoire aigu de la paroi artérielle...* Sur l'artère sylvienne gauche, on voyait aussi deux points offrant ce même état inflammatoire si remarquable, mais à un degré moins avancé. »— Enregistrons ce fait curieux, mais ne l'acceptons encore que sous bénéfice d'inventaire, car il est trop isolé dans la science pour n'avoir pas besoin de confirmation.

(1) Ouvrage cité.

seau était considérablement rétréci, quelquefois même oblitéré totalement (1). »

2° *Artérites gommeuses.* — Les artérites qui méritent véritablement la qualification de *gommeuses* sont infiniment plus rares que les précédentes.

Elles dérivent originairement d'un processus identique à celui dont il vient d'être question, c'est-à-dire d'une hyperplasie cellulaire se produisant dans la trame des tuniques artérielles. Plus tard, ces éléments cellulaires subissent la dégénérescence habituelle des lésions gommeuses et constituent des épaississements jaunâtres dans les parois vasculaires.

Ces dépôts gommeux interstitiels des tuniques artérielles offrent des apparences diverses. Ils se présentent sous forme tantôt d'infiltrations lamelleuses, tantôt de petits grains durs et ronds, tantôt enfin de véritables nodules paraissant avoir pour origine primitive la tunique externe du vaisseau.

Du reste, les lésions de ce dernier genre n'ont encore été dûment constatées que par un petit nombre d'observateurs. Si l'authenticité n'en saurait rester un instant douteuse, il n'est pas moins vrai qu'elles ne nous sont encore qu'imparfaitement connues. Je ne fais donc que vous les signaler comme un point à l'étude et très-digne assurément de l'attention des cliniciens (2).

Telles sont, Messieurs, les lésions vasculaires de la syphilis cérébrale.

(1) Cas cité dans la thèse du docteur Rabot, p. 18 (*Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales*, Paris, 1875).

(2) Voir à ce propos un cas intéressant du docteur Greenfield (*Pathological Society of London. The Lancet*, janvier 1877).

Ces lésions seraient par elles-mêmes peu importantes si elles devaient, si elles pouvaient ne pas retentir sur la circulation cérébrale. Mais là en est précisément le danger. Car, par la force des choses, elles aboutissent à ce résultat après un temps plus ou moins long ; et elles y aboutissent par un mécanisme des plus simples que vous avez déjà pressenti.

Qu'elles consistent en de simples compressions mécaniques ou bien en des dégénérescences propres, primitives, des parois vasculaires, elles ont pour conséquences ultimes des phénomènes communs, identiques, à savoir :

1° Rétrécissement progressif du vaisseau affecté (*sténose* artérielle) ;

2° Formation d'un caillot adhérent au niveau des parties lésées (*thrombose*) ;

3° Et quelquefois, consécutivement, obturation complète, absolue, du vaisseau.

De telles lésions ne sont pas rares, loin de là, dans la syphilis cérébrale. Notez bien ce fait, Messieurs ; retenez-le bien, car il est essentiel, capital, pour l'intelligence de nombreux phénomènes cliniques que nous rencontrerons plus tard.

De plus, de telles lésions ne se produisent pas seulement sur de petits vaisseaux. Que des ramuscules artériels puissent subir de leur fait une sténose, voire une oblitération complète, cela se comprend, cela n'a rien d'étonnant, en raison de l'étroitesse même du vaisseau. Mais que des vaisseaux importants, des vaisseaux de calibre moyen, soient susceptibles d'être affectés au même degré par ces mêmes lésions, voilà déjà qui est mieux fait pour nous surprendre. Or, si surprenant que

cela puisse paraître, cela n'en est pas moins très-authentique. Et, en maintes occasions, on a constaté dans les autopsies l'obturation absolue de troncs artériels volumineux, tels que l'artère cérébrale antérieure, l'artère cérébrale postérieure, l'artère sylvienne, et le tronc basilaire.

Il y a plus encore. C'est qu'on possède une demi-douzaine de cas dans lesquels la carotide cérébrale — la *carotide* cérébrale, je répète à dessein — a été trouvée oblitérée, complétement oblitérée par le fait de compressions et de thromboses dérivant de lésions spécifiques (1) !

Jugez d'après cela, Messieurs, quelles peuvent être les conséquences cliniques se rattachant à l'oblitération de vaisseaux d'un tel calibre.

Ajoutez d'ailleurs que tout n'est pas dit encore sur les terminaisons anatomiques possibles de semblables lésions.

Peut-être bien ces lésions artérielles de la syphilis cérébrale ont-elles d'autres aboutissants qu'il nous reste à connaître et que l'avenir nous dévoilera quelque jour. Peut-être bien servent-elles d'origine à des *dilatations anévrismales*, à des *hémorrhagies cérébrales* ou *méningées*. Quelques faits publiés déjà (2) et plusieurs de mes

(1) Voir notamment les cas cités par :
VIRCHOW (*Virchow's Archiv.*, 1847, t. Ier, p. 325) ;
DITTRICH (*Prager Viertelj.*, 1849) ;
BRISTOWE (*Transactions of path. Soc.*, 1859, t. X, p. 21) ;
BONING (*Deutsche Klinik*, 1861, no 43) ;
RABOT (*Thèse citée*, p. 31) ;
LANCEREAUX (*Traité de la syphilis*, 2e édition, p. 308).

(2) C'est ainsi que le Dr Blachez a relaté le fait d'un malade atteint de syphilis tertiaire, qui fut emporté par une *hémorrhagie méningée consécutive à la rupture de l'artère basilaire.* (Société anatomique, 1862.) — Essmarck et Jessen ont trouvé, à l'autopsie d'un malade mort de

observations personnelles semblent déposer en ce sens. Cela toutefois n'existe encore dans la science qu'à l'état d'hypothèse et je ne vous en parlerai pas davantage, bien décidé que je suis à ne vous entretenir dans ces conférences que de choses absolument acquises et dûment démontrées.

A nous tenir même sur ce terrain, nous ne sommes pas moins conduits à reconnaître l'importance excessive des lésions vasculaires de la syphilis encéphalique. Nécessairement, en effet, ces lésions sont le point de départ de phénomènes d'*ischémie* et de *ramollissement* dans le département cérébral qu'elles affectent. C'est à ce titre qu'elles déterminent maintes fois les accidents les plus graves, tels que pertes de connaissance, ictus congestifs, apoplexie, hémiplégie, aphasie, troubles cérébraux divers, etc. Elles figurent donc pour une large part dans l'étiologie de ce que nous avons appelé la « syphilis cérébrale indirecte », et ne comportent à ce titre, comme je vous le disais précédemment, qu'un pronostic d'autant plus sérieux.

---

syphilis cérébrale, « un grand *épanchement sanguin* entre le nerf facial et le nerf acoustique », coïncidemment avec d'autres lésions des artères, des méninges et du cerveau. (V. Thèse citée de Hildenbrand, p. 35.) — Neumann parle de même d'*infiltrations hémorrhagiques* occupant la piemère, dans un cas de syphilis cérébrale. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, mars 1867, nº 9.)—Sur un sujet syphilitique, mort à vingt-sept ans d'accidents cérébraux, Russell a trouvé *deux anévrismes* : l'un volumineux, mesurant plus d'un pouce et demi de long sur un pouce de large, formé aux dépens du tronc basilaire; et l'autre, plus petit, du volume d'une noisette, sur l'artère cérébrale moyenne droite. (*The British medical Journal*, 23 juillet 1870.) — Ces derniers jours, M. le Dr Lancereaux me montrait l'artère sylvienne d'un sujet mort de syphilis cérébrale. Cette artère présentait sur deux de ses rameaux des *dilatations anévrismales*, comparables chacune comme volume à un petit pois. — Etc., etc.

TROISIÈME LEÇON

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(SUITE ET FIN.)

III. LÉSIONS CÉRÉBRALES. — Deux formes de lésions cérébrales : forme *scléreuse* et forme *gommeuse.*

1° *Forme scléreuse.* — Encéphalite hyperplasique aboutissant à la sclérose. — Ses caractères anatomiques. — Circonscription habituelle de la lésion. — Variété à noyaux multiples et disséminés.

2° *Forme gommeuse.* — Deux variétés anatomiques : I. Encéphalite gommeuse par infiltration diffuse. — II. Encéphalite gommeuse sous forme de tumeur circonscrite, ou *gomme cérébrale* proprement dite.

De la gomme cérébrale.—Caractères anatomiques.—Forme, volume, nombre, etc. — Couche d'enkystement périphérique. — Siége. — Fréquence particulière des gommes cérébrales sur certains départements de l'encéphale. — Évolution morbide. — Modes divers de terminaison : résorption, dégénérescences ultérieures. — Kystes cérébraux consécutifs, etc.

Diagnostic anatomique de la gomme cérébrale. — Ressemblance objective avec le tubercule. — Éléments de diagnostic différentiel entre la gomme et le tubercule du cerveau.

§ II. — **Lésions secondaires d'ordre commun.** — Fréquence extrême de ces lésions secondaires dans la syphilis cérébrale. — Leur pathogénie. — Deux ordres de lésions secondaires :

1° Lésions secondaires de *processus inflammatoire.* — Méningite de voisinage. — Encéphalite de voisinage. — Caractère habituellement sourd et chronique de ces inflammations secondaires. — Cas exceptionnels de forme aiguë ou suraiguë. — Encéphalo-méningite aiguë. — Exemple clinique.

2° Lésions secondaires de *forme ischémique.* — De quelles causes elles dérivent. — Comment elles agissent sur la pulpe cérébrale. — Le *ramollissement* est leur conséquence habituelle. — Fréquence du ramollissement comme lésion secondaire de syphilis cérébrale. — Caractères de ce ramollissement.

Rôle et importance de ces lésions secondaires dans la syphilis cérébrale. — On meurt rarement de la syphilis cérébrale par le fait exclusif de lésions syphilitiques; on en meurt presque toujours par le fait de lésions vulgaires, symptomatiques de lésions spécifiques.

Résumé. — Comment les données anatomo-pathologiques précédentes expliquent nombre de particularités cliniques afférentes à la syphilis cérébrale.

Messieurs,

Nous connaissons déjà par ce qui précède les lésions syphilitiques des méninges et des vaisseaux de l'encéphale. Il nous reste aujourd'hui à passer en revue les différentes formes morbides que peut affecter la syphilis cérébrale, alors qu'elle s'attaque au parenchyme nerveux proprement dit. Ce nouveau chapitre d'anatomie pathologique, comme vous pouvez le prévoir, sera assez étendu et assez complexe ; mais les détails dans lesquels nous sommes entrés au cours de notre dernière réunion nous faciliteront singulièrement notre tâche actuelle.

Et, en effet, les lésions syphilitiques du parenchyme cérébral ne sont autres, comme formes anatomiques, que celles dont nous avons reconnu l'existence dans les méninges et les vaisseaux. C'est dire que, comme ces dernières, elles consistent originairement en des *hyperplasies cellulaires*, aboutissant dans une époque ultérieure à des productions d'ordre *scléreux* ou *gommeux*.

Spécifions avec soin les traits anatomiques spéciaux à ces deux ordres d'altérations.

I. — *Forme scléreuse.* — Les lésions du premier ordre constituent l'*encéphalite hyperplasique* ou *scléreuse*.

Cette encéphalite dérive, comme origine, d'une prolifération cellulaire plus ou moins abondante qui se dé-

pose au sein de la trame nerveuse. Plus tard, la néo-formation cellulaire se multipliant, se condensant, s'organisant, étreint, étouffe et atrophie les éléments du tissu nerveux. Finalement, elle aboutit de la sorte à constituer dans la masse cérébrale des noyaux d'encéphalite véritablement scléreuse. Disons le mot, elle a pour terme définitif une véritable *sclérose cérébrale*.

Cette infiltration, cette sorte d'*apoplexie plastique*, a nécessairement pour effet de communiquer au tissu nerveux une consistance insolite, plus ou moins ferme, plus ou moins dure, suivant l'abondance de la production cellulaire et son degré d'organisation. C'est là, sans parler d'autres attributs objectifs, un premier caractère qui la révèle tout aussitôt à l'observateur (1).

En certains cas, même, la consistance du tissu cérébral acquiert un degré de dureté qu'on a pu sans exagération comparer à celle du foie. « Le cerveau, ont écrit quel-

(1) Cette rénitence morbide de la substance cérébrale s'observe dans presque tous les cas où la maladie a duré un certain temps. Au contraire, lorsque la mort a été rapide (ce qui est beaucoup plus rare), les portions altérées de l'encéphale offrent ou peuvent offrir une *diminution plus ou moins notable de consistance*. Ainsi, dans le fait de M. Barthélemy, que je citerai plus loin, la malade succomba, dans l'espace de quelques semaines, à des accidents cérébraux, et l'on trouva à l'autopsie des noyaux d'encéphalite « beaucoup plus *mous* que les tissus ambiants et se déprimant à la coupe ». — J'ai observé, dans un cas semblable, le même état de *ramollissement* aigu de la substance cérébrale.

Cette diminution de consistance du tissu cérébral est-elle due à la multiplication rapide des éléments de la névroglie et au jeune âge de la formation morbide? J'incline à le penser. D'autant qu'il en est ainsi dans la première période de l'encéphalite chronique, avant l'atrophie scléreuse ultime. « Dans cette première période, disent MM. Cornil et Ranvier (*Manuel d'anatomie pathologique*, p. 625), la multiplication rapide des éléments de la névroglie donne au tissu cérébral une consistance *molle*, presque gélatineuse, analogue à celle de tous les tissus composés d'éléments embryonnaires. »

ques observateurs, avait pris, au niveau des parties affectées, la consistance du foie (1). » On dirait là, passez-moi le mot, une sorte d'*hépatisation cérébrale*.

De plus, cette infiltration ne se produit pas sans modifier plus ou moins la coloration des parties. Elle leur imprime généralement une teinte plus foncée qu'à l'état normal, variant du gris sale au gris jaunâtre ou ambré, voire rougeâtre.

L'encéphalite hyperplasique ou scléreuse est généralement mal limitée, *diffuse*.

Presque toujours aussi elle est *partielle*, circonscrite par exemple à une circonvolution. Quelquefois cependant elle diffuse sur une étendue plus considérable. Ainsi M. Zambaco l'a vue dans un cas affecter toute la région avoisinant la scissure de Sylvius.

En d'autres cas, elle se présente sous forme de petits noyaux multiples, disséminés sur des parties diverses du cerveau. Telle est une observation remarquable, due à MM. Charcot et Gombault (2), dans laquelle on trouva de nombreuses plaques de sclérose éparses sur plusieurs points de l'encéphale, à savoir : sur la protubérance (où il en existait même deux ou trois), sur les pédoncules

(1) V. Obs. de Nic. Mediavia (*in Recherches anatomiques sur le siége et les causes des maladies,* par Morgagni, traduites par Destouet, neuvième lettre, art. 23) : « Au-dessous de cette membrane, qui tenait lieu des deux méninges, était la substance corticale du cerveau qui était plus dure que dans l'état naturel, *puisqu'elle ne l'était pas moins que le tissu du foie*, etc. »

De même, M. Virchow a dit « ... Il arrive parfois que des circonvolutions entières et des parties isolées du cerveau se transforment en un tissu *calleux*, gris ou d'un gris blanchâtre, etc. »

(2) Note sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux, observées chez une femme syphilitique. (*Archives de physiologie normale et pathologique*, publiées par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian. T. V, 1873, p. 143.)

cérébraux, sur les bandelettes optiques, sur le faisceau latéral de l'isthme, sur le plancher du quatrième ventricule, etc. « Situées au-dessous de la pie-mère, ces plaques ne pénétraient qu'à une faible profondeur dans la substance nerveuse. Elles étaient d'un gris rouge à leur périphérie et jaunâtres à leur centre. Elles se distinguaient en outre du tissu voisin par une dureté un peu plus grande. Toutes étaient de dimensions petites, la plus considérable ne dépassant pas la largeur d'une pièce de cinquante centimes, etc. » L'examen histologique démontra que ces plaques devaient leur consistance et leur aspect à la présence d'un très-grand nombre de cellules rameuses de la névroglie. Il s'agissait donc bien là, vous le voyez, d'un processus hyperplasique développé dans l'élément cellulaire du tissu cérébral.

Il en était de même dans un cas des plus curieux récemment présenté à la Société anatomique par M. Barthélemy (1). Une jeune femme affectée d'une syphilis grave est prise d'accidents cérébraux : céphalée, hébétude, somnolence, accablement, troubles sensoriels, vertiges ; puis subdelirium, agitation, vomissements, surdité, stupeur, etc. Ces phénomènes s'aggravent ; survient une hémiplégie gauche, bientôt suivie d'une paralysie du bras droit, et la malade succombe dans le coma. A l'autopsie, on constate toute une série de petits foyers d'encéphalite disséminés dans la région antérieure du cerveau, ne dépassant pas le volume d'une lentille, grisâtres, et se différenciant du tissu périphérique par une diminution de consistance très-accentuée (2).

(1) V. *Progrès médical*, 21 juillet 1877, p. 570.

(2) Détail qui peut avoir son intérêt : dans le cas de M. Barthélemy, les foyers sus-indiqués d'encéphalite étaient excavés à leur centre et

II. — *Forme gommeuse.* — Cette seconde forme constitue l'encéphalite gommeuse, laquelle se présente, à la façon de toutes les lésions de même ordre, sous les deux variétés habituelles d'*infiltration diffuse* et de *tumeur circonscrite.*

1° L'encéphalite gommeuse diffuse est celle qui se produit sous forme d'une infiltration interstitielle mal limitée ou plutôt non limitée, sous forme d'une infiltratration qui pénètre la substance nerveuse avec une irrégularité au moins apparente et, pour ainsi dire, à l'aventure, sans configuration et circonscription précises. Elle constitue ainsi des traînées, des plaques, des fusées gommeuses plus ou moins analogues d'aspect à du pus concrété, sans jamais dépasser toutefois comme limites de diffusion des proportions assez restreintes.

Au milieu de ces infiltrations irrégulières, de ces couches dégénérées, il n'est pas rare de trouver des enclaves de tissu cérébral parfaitement sain. C'est là un résultat parfaitement naturel du mode de propagation capricieuse qui préside au développement de la lésion.

2° La deuxième variété constitue la tumeur gommeuse cérébrale proprement dite, la véritable *gomme cérébrale*, bien délimitée, bien circonscrite. Elle n'est pas très-commune, disons-le immédiatement. Elle est même beaucoup plus rare qu'on ne le croit en général, surtout rela-

semblaient constituer de petites lacunes dans le parenchyme cérébral. J'ai retrouvé plusieurs fois, pour ma part, cette disposition en *géode* dans les noyaux d'encéphalite syphilitique. Elle est de plus signalée dans un certain nombre d'observations, notamment dans un cas déjà cité d'Essmarck et Jessen. — Inutile de dire qu'elle n'est pas spéciale à la syphilis; mais elle paraît se produire avec une fréquence digne de remarque dans cette maladie.

tivement aux autres processus syphilitiques qu'on rencontre dans l'encéphale.

La gomme cérébrale se présente avec les caractères habituels de toutes les productions gommeuses et spécialement des productions gommeuses viscérales. C'est la gomme telle qu'on la voit partout, sans attributs plus particulièrement distinctifs. Elle est donc très-simplement constituée par une tumeur ; — tumeur solide, au moins à l'état crû, ferme, consistante ; — tumeur offrant à la coupe une couleur d'un gris ou d'un jaune rosé dans ses parties excentriques, et d'un jaune plus franc, plus accentué, au niveau de ses parties centrales (noyau caséeux) ; — tumeur de forme variable, arrondie, ovoïde, oblongue, quelquefois irrégulière, et se modelant sur la configuration de la partie affectée ; — tumeur, enfin, variable de volume, quelquefois petite et comparable à un pois, plus ordinairement moyenne et grosse comme une noisette, parfois encore, mais assez rarement, plus considérable.

Notons cependant qu'on a plusieurs fois rencontré des tumeurs gommeuses cérébrales offrant le volume d'une noix, voire d'un petit œuf de poule. Tel était, comme exemple, un cas présenté à la Société anatomique par MM. Bourceret et Cossy, cas dans lequel une tumeur gommeuse, de forme sphérique, ne mesurait pas moins de trois centimètres de diamètre (1). De même, dans une observation citée par M. Gamel (2), une gomme située vers la base du cerveau, au-dessus de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, présentait le volume d'un petit œuf de

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1873, 5e série, t. VIII, p. 347.

(2) *Essai sur les tumeurs gommeuses du cerveau,* p. 71 (Thèses de la faculté de Montpellier, 1875).

poule. Cette tumeur avait en quelque sorte remplacé le troisième ventricule dont la cavité avait complétement disparu, et elle empiétait de chaque côté sur les couches optiques, ainsi que sur le bord antérieur de la protubérance.

Déposée au sein du parenchyme cérébral, la gomme en est habituellement séparée par une zone de tissu nerveux refoulé, comprimé, enflammé, et en voie d'hyperplasie conjonctive. Quelquefois même cette zone représente autour de la lésion une sorte d'atmosphère condensée et scléreuse, qui enveloppe la tumeur et lui forme une couche d'enkystement. Qu'une telle couche d'enkystement ne constitue pas, à proprement parler, une membrane limitante, analogue à une véritable membrane kystique, je n'y contredis pas; toujours est-il néanmoins qu'elle en joue le rôle et l'office.

Comme nombre, les productions gommeuses du cerveau sont sujettes à variétés. Il est assez fréquent de n'en rencontrer qu'une seule. D'autres fois on en observe plusieurs, mais seulement dans les proportions de deux, trois, quatre ou cinq tout au plus. Il est très-rare, tout à fait exceptionnel, d'en trouver un nombre supérieur. — Plaçons immédiatement cette remarque, que le nombre de ces productions morbides est le plus souvent en rapport inverse avec leur volume.

Alors qu'elles sont multiples de la sorte, les gommes du cerveau peuvent être disséminées en des points plus ou moins éloignés les uns des autres. Cela n'est pas le cas usuel. Il est au contraire plus fréquent dans ces conditions de les trouver réunies en groupe, « en bouquet », sur un même département cérébral. Il n'est pas rare non plus que ces gommes en groupe se présentent

avec des apparences quelque peu diverses, en relation avec leurs différences d'âge et leur inégalité de développement.

Quel *siége* affectent les gommes cérébrales?

Spécifions bien d'abord qu'elles peuvent occuper *toutes* les parties du cerveau. On ne les a pas rencontrées seulement dans les hémisphères et les ventricules; on en a signalé aussi la présence dans les pédoncules cérébraux, dans la protubérance, dans le cervelet, dans les pédoncules cérébelleux, etc., etc., en un mot, sur tous les points principaux de la masse cérébrale.

Mais, cela posé, notons aussitôt qu'elles sont loin d'affecter avec la même fréquence les divers départements du cerveau.

D'abord, et sans contradiction possible, elles sont infiniment plus communes dans les *hémisphères cérébraux* que partout ailleurs.

Mais précisons davantage. Dans les hémisphères cérébraux, ont-elles quelques foyers de prédilection? Oui, certes; et, à ce propos, trois points se présentent à établir :

1° Les gommes cérébrales sont, dans la grande majorité des cas, des lésions périphériques, des lésions attenant à la couche corticale des hémisphères, dont la richesse vasculaire prédominante semble être pour elles une attraction et un appel. Dans les trois quarts des cas, au minimum, elles sont excentriques, *périphériques* (1). —

(1) Aussi voit-on parfois les gommes cérébrales exercer sur les vaisseaux et sur les nerfs la même réaction de voisinage que nous signalions précédemment à propos des gommes méningées. Pour n'en citer qu'un exemple, c'est ainsi que, dans une intéressante observation

Il est bien plus rare de les rencontrer dans les parties tout à fait centrales ; et c'est presque toujours alors la portion grise des ganglions centraux (couche optique, corps strié) qu'elles affectent de préférence.

2° Elles sont bien plus fréquentes dans les *parties antérieures* du cerveau que dans les parties postérieures.

3° Elles sont enfin particulièrement communes vers la *base du cerveau*, et plus spécialement encore dans les *parties moyennes* de cette base.

Il en est, à ce point de vue, des gommes cérébrales comme des gommes méningées et des méningites scléreuses, qui, vous vous le rappelez, ont leur lieu d'élection à la base du crâne, dans la région moyenne, vers les environs de la selle turcique et des parties avoisinantes. C'est donc là, c'est-à-dire au niveau de la fosse centrale de la base du crâne et des fosses sphéno-temporales, que se rencontrent le plus communément les lésions syphilitiques du cerveau; c'est là leur siége de prédilection par excellence.

Telles sont, Messieurs, les gommes cérébrales.

Le court exposé qui précède nous a montré que les lésions dont je viens de vous entretenir sont la reproduction exacte, au point de vue anatomique, des gommes de tout siége, et plus spécialement encore des gommes viscérales. Eh bien ! elles se rapprochent également de

de M. Hérard, une tumeur gommeuse du volume d'un œuf de pigeon, occupant la protubérance et s'irradiant vers le pédoncule cérébelleux moyen, comprimait plusieurs paires nerveuses, à savoir le pathétique, l'auditif, le moteur oculaire externe et le trijumeau du côté gauche. Et elle les comprimait si bien qu'elle les avait détruites partiellement, à ce point qu'on ne put retrouver les origines apparentes de ces nerfs.

ces dernières par leur évolution et leurs divers modes de terminaison. Cela nous reste à spécifier.

En ce qui concerne l'évolution, les gommes du cerveau, à l'instar des gommes viscérales, affectent une *marche lente*, remarquablement lente. A en juger par les symptômes cliniques qui en révèlent le début et les progrès, elles ne demandent jamais moins de plusieurs mois pour se constituer. Et, une fois formées, elles persistent longtemps, très-longtemps, à moins que des troubles intenses, dérivant soit de leur localisation sur un point essentiel du cerveau, soit d'une phlegmasie périphérique, ne viennent rapidement emporter les malades.

De même, elles sont susceptibles de terminaisons identiques à celles de toutes les gommes. Ainsi :

Tout d'abord, justiciables du traitement anti-syphilitique, elles peuvent se résorber sous l'influence de ce traitement, se résorber et disparaître en tant que lésions spécifiques. C'est là un fait certain, que de très-nombreuses observations cliniques attesteraient au besoin. Il est positivement sûr que des malades, ayant présenté les symptômes les plus rationnels, les plus manifestes, de gommes intra-cérébrales, ont pu être complétement et absolument guéris par la médication antidiathésique.

Il y a plus d'ailleurs, et voici une démonstration qui satisfera les plus incrédules. En quelques cas, à l'autopsie de sujets ayant présenté, à une époque plus ou moins éloignée, les signes rationnels de gommes cérébrales, on a pu découvrir les *stigmates cicatriciels* de ces gommes; — et cela, soit sous forme de dépressions à la surface des circonvolutions ; — soit sous forme de brides intérieures, de tractus linéaires, grisâtres, froncés, témoignant de

l'existence d'une lésion ancienne résorbée, d'une loge cérébrale ayant contenu jadis une production morbide, puis revenue sur elle-même par rapprochement et adossement de ses parois, après résorption des produits intérieurs.

En second lieu, abandonnées à leur évolution naturelle, les gommes du cerveau parcourent les mêmes phases ultimes que toutes les gommes. C'est dire qu'elles se ramollissent progressivement, se liquéfient, et aboutissent à constituer une sorte de deliquium, de bouillie jaunâtre, formée surtout de cellules dégénérées et de granulations graisseuses, avec quelques cristaux de cholestérine, etc. Tel est, je n'ai pas à vous le rappeler, le sort usuel et commun de toutes les gommes.

Enfin, arrivées à ce degré, que deviennent-elles ultérieurement? Cela, Messieurs, nous ne le savons guère, pour la bonne raison que la mort vient le plus souvent interrompre et laisser inachevée cette évolution morbide, ou bien parce que les malades qui survivent nous échappent de vue pour aller végéter et mourir dans quelque asile d'incurables, où leurs antécédents spécifiques ont toutes chances de rester méconnus. Mentionnons cependant à ce propos une particularité digne d'intérêt au point de vue anatomo-pathologique.

Il paraît peu douteux que ces gommes dégénérées ou même imparfaitement résorbées ne puissent servir d'origine à des *productions kystiques* du cerveau. Plusieurs fois, en effet, on a trouvé sur des sujets anciennement syphilitiques, voire sur des sujets portant encore actuellement des gommes de l'encéphale, des cavités kystiques intra-cérébrales, contenant un liquide séreux, parcourues par des tractus filamenteux, tapissées de plaques pseudo-membraneuses, etc. Des faits de ce genre

ont été cités par divers auteurs et réunis par M. Lancereaux (1), qui me paraît les avoir judicieusement interprétés en disant « qu'un certain nombre de prétendus kystes cérébraux ne sont en réalité que l'enveloppe persistante d'anciennes tumeurs gommeuses ».

On a dit aussi que les gommes cérébrales pouvaient aboutir soit à la transformation muqueuse ou fibreuse, soit à l'infiltration calcaire, etc. Ces variétés de dégénérescences ultimes sont encore trop peu connues pour que j'ose vous les donner comme parfaitement démontrées.

Le *diagnostic anatomique* des gommes cérébrales n'est pas sans offrir des difficultés réelles, en certains cas tout au moins. La preuve en est, d'abord, dans la multiplicité et la variété des dénominations sous lesquelles ces tumeurs ont été décrites. Dans nombre d'observations plus ou moins anciennes, nous trouvons des gommes incontestables du cerveau qualifiées des noms de « tôphus, tumeurs cancéreuses, squirrheuses, mélicériques, ou surtout tuberculeuses, » etc.

Puis, j'en appelle à vos souvenirs, que de fois, à la salle d'amphithéâtre, n'avez-vous pas vu surgir des doutes, des hésitations, des discussions, sur la nature de semblables tumeurs? Que de fois des erreurs commises à première inspection n'ont-elles pas été redressées plus tard par un examen plus complet? Tel est, pour en citer un exemple, ce fait curieux d'une gomme syphilitique du cerveau que plusieurs membres de la Société anatomique considérèrent *de visu* comme une tumeur

(1) *Traité historique et pratique de la syphilis*, 2e édition, p. 353.

cancéreuse, alors que l'examen microscopique y faisait reconnaître les caractères typiques d'un syphilome.

Comme attributs extérieurs, il est incontestable que les gommes cérébrales se rapprochent parfois des tumeurs sarcomateuses. Mais, plus que toute autre lésion, c'est le *tubercule* qu'elles simulent à un haut degré, ou réciproquement. Aussi M. Virchow a-t-il été pleinement autorisé à dire :

« *Nulle part les tumeurs gommeuses et les vrais tubercules ne se ressemblent plus qu'au cerveau*... Le grand tubercule cérébral a souvent une analogie frappante avec la gomme en état de métamorphose caséeuse (1). »

Il importe donc, Messieurs, que, pour compléter l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, je vous expose en quelques mots les caractères différentiels de ces deux lésions.

Ces caractères peuvent être résumés, ce me semble, de la façon suivante :

1° La gomme est généralement plus superficielle que le tubercule, lequel, inversement, affecte une sorte de prédilection pour les parties profondes.

2° La gomme est moins régulière de forme, moins sphérique que le tubercule. « Elle se rapproche, dit M. Virchow, de la forme de la partie qui l'a produite (circonvolution cérébrale, extension de la pie-mère) ; ou bien elle se compose d'une série de foyers isolés, entre lesquels peuvent subsister des parties saines de substance cérébrale (2) ».

3° Elle est circonscrite par une zone de tissus scléro-

(1) *Pathologie des tumeurs*, trad. de P. Aronssohn, t. II, p. 452. — Voir aussi Wilks et Moxon, *Pathological Anatomy*.

(2) Ouvrage cité, t. II, p. 452.

sés, fibroïdes ou fibreux, qui constitue une transition entre elle et le tissu nerveux.

Au contraire, le tubercule entre et reste en contact immédiat avec la substance nerveuse.

4° La gomme peut n'être qu'incomplétement caséeuse; elle est en tout cas moins uniformément caséeuse que le tubercule ; — celui-ci, en général, est plus régulièrement caséeux, et il l'est dans toute sa masse, dans toute son épaisseur.

5° La gomme coïncide très-fréquemment avec des ramollissements de la substance nerveuse. — Ces ramollissements font défaut avec le tubercule, lequel, d'autre part, coïncide souvent avec des granulations tuberculeuses situées sur d'autres points du cerveau.

6° Enfin certaines considérations d'âge, d'antécédents et de siége serviront souvent d'appoint à ce diagnostic différentiel. Ainsi le tubercule se produit presque exclusivement dans le jeune âge; — presque invariablement aussi, il s'observe sur des sujets lymphatiques ou scrofuleux; — il affecte le cervelet avec une préférence bien connue, etc., etc. ; toutes particularités très-dignes d'attention, assurément, et suffisantes en bien des cas pour constituer des différences des plus tranchées.

§ II. — Lésions communes, secondaires.

Les lésions du second ordre que nous avons à décrire sont celles qui, ne relevant plus directement de la syphilis, méritent la qualification de *secondaires* ou *communes*.

Elles sont les résultats, les conséquences vulgaires

des lésions spécifiques importées dans le cerveau par la vérole.

Les lésions de ce genre sont *excessivement fréquentes* dans la syphilis cérébrale. Il est bien peu, je crois pouvoir même dire qu'il n'est pas d'autopsies où, à des degrés divers, sous des formes diverses, on n'ait l'occasion de les rencontrer. A ce point qu'elles sont incomparablement plus communes dans le parenchyme cérébral que les lésions syphilitiques proprement dites.

Leur pathogénie est des plus simples; et la raison de leur intervention dans la syphilis cérébrale a déjà été expliquée par ce qui précède. A l'avance vous savez quelles elles peuvent être. D'une façon toute naturelle, elles se rangent sous deux chefs différents. Ce sont, en effet :

Ou bien des lésions de *processus inflammatoire;*

Ou bien des lésions de *processus ischémique.*

I.—Les premières, lésions de processus inflammatoire, sont celles qui résultent de la présence d'un corps étranger, d'une épine dans le cerveau, si je puis ainsi parler. Elles ne sauraient avoir rien de spécial; et, en effet, nous les trouvons analogues ou identiques à celles que déterminent dans le tissu nerveux ou vers les méninges des productions étrangères à l'encéphale, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature.

Exemple : une gomme se produit dans le cerveau, au voisinage des méninges. Consécutivement à l'apparition de cette gomme, et de son fait, nous voyons s'éveiller vers les méninges un certain degré d'irritation, de congestion, d'hyperémie. Puis, entretenu par la persistance de la cause première, ce processus nouveau se confirme bientôt à l'état de *méningite*, en déterminant une proli-

fération cellulaire à la surface ou dans l'épaisseur des membranes, qui s'épaississent, qui deviennent adhérentes au cerveau, qui contractent des adhérences entre elles au niveau de la lésion.

Et, de la sorte, se trouve constituée une *méningite secondaire*, méningite symptomatique d'une gomme intracérébrale, dérivant bien de la syphilis puisque sans la syphilis elle n'aurait pas eu l'occasion de se produire, mais étrangère de fait à la diathèse et n'ayant rien de syphilitique comme essence, comme nature intime de lésion.

Ces méningites secondaires sont banales, à force d'être fréquentes. Dans toutes les autopsies révélant des gommes superficielles du cerveau, il est presque invariable de trouver les méninges lésées au voisinage de ces gommes, c'est-à-dire épaissies, sclérosées, adhérentes, reproduisant le type classique de la symphyse méningo-cérébrale.

De même et pour des raisons identiques, une gomme née au sein du tissu nerveux ne manque jamais d'exciter autour d'elle, dans une zone plus ou moins étendue, un processus de forme inflammatoire. Bientôt elle est enclavée dans un foyer d'*encéphalite*, lequel prolifère, s'organise et aboutit plus tard à une sclérose. C'est ainsi, nous l'avons vu précédemment, que se constitue la couche d'enkystement des gommes cérébrales.

Qu'ils intéressent les méninges ou la pulpe nerveuse, ces phénomènes d'irritation périphérique sont presque invariablement de forme *froide*, *lente*, *chronique*. Ils se bornent à déterminer des infiltrations de tissus, des néoplasies, qui à leur tour tendent sourdement à des organisations passives, à des adhérences, à des scléroses, etc.;

quelquefois encore il s'y joint un peu d'œdème périphérique ou de suffusion séreuse, qui s'épanche dans les ventricules ou les espaces sous-arachnoïdiens.

Telle est la règle. Mais, après la règle, constatons l'exception. Il ne faudrait pas méconnaître en effet qu'en certains cas, assurément très-rares, ces phénomènes inflammatoires secondaires, symptomatiques, sont susceptibles de revêtir une forme très-différente. Ils peuvent être à la fois bien plus intenses et bien plus rapides comme évolution. D'où il suit, comme conséquence naturelle, qu'ils sont alors bien plus menaçants.

Ainsi l'on possède aujourd'hui quelques observations dans lesquelles on a vu des gommes cérébrales ou méningées déterminer autour d'elles, par réaction de voisinage, des accidents aigus, voire suraigus, d'*encéphalo-méningite*. La chose est rare assurément, mais non moins authentique. Un fait de ce genre, dû à M. le docteur Gamel, mérite d'être cité comme exemple. Le voici en quelques mots :

Un malade de 40 ans, syphilitique, est pris tout à coup de symptômes d'encéphalo-méningite : céphalée violente, injection des yeux, larmoiement, chaleur vive de la peau, pouls plein et lent, agitation, hébétude, mouvements convulsifs des membres supérieurs et des globes oculaires, contraction des pupilles ; puis, bientôt, coma profond, anesthésie, paralysie musculaire générale, stertor, etc. Il succombe à ces accidents le neuvième jour. — A l'autopsie, on découvre, comme lésion principale, une gomme volumineuse, de la dimension d'une noix, occupant la corne frontale du ventricule droit, et se propageant latéralement jusqu'à la pie-mère par envahissement et destruction de la substance nerveuse; — puis, en

outre, au voisinage de cette gomme, lésion évidemment ancienne, tous signes d'une méningite récente et suraiguë, à savoir : inflammation violente de la pie-mère, devenue rugueuse, opaque et adhérente au cerveau; épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde; quelques gouttelettes de pus le long de la scissure de Sylvius, etc. (1).

Nul doute, en conséquence, que cette méningite n'ait eu sa cause déterminante et son point de départ dans la gomme cérébrale, jouant ici le rôle d'épine inflammatoire par rapport aux méninges. Et nul doute, d'autre part, que cette phlegmasie secondaire, deutéropathique, n'ait été la raison des accidents suraigus qui emportèrent le malade aussi rapidement.

De tels faits, Messieurs, je vous le répète encore, sont exceptionnels. Ils ne méritent pas moins cependant d'être connus.

II. — Non moins importantes sont les lésions secondaires de *forme ischémique*.

Celles-ci se produisent dans le cerveau sous l'influence d'états anatomiques déjà étudiés précédemment, à savoir :

1° Soit la *sclérose méningée*, ayant pour effet d'étouffer ou d'atrophier les petits vaisseaux qui, nés de la pie-mère, se portent dans les circonvolutions cérébrales ;

2° Soit l'*obstruction*, la *thrombose*, et l'*oblitération des artères du cerveau*.

Que par un mécanisme ou par un autre la circula-

(1) Thèse citée, obs. II, p. 71. — Voir aussi : BERTRAND, *Des lésions des méninges cérébrales sous l'influence de la syphilis* (Thèse de Paris, 1874) ; — J.-M. MATHIAS, *Un Cas de syphilis tertiaire* (Thèse de Strasbourg, 1865).

tion vienne à être diminuée ou suspendue dans un département cérébral, de là résultent, comme conséquences fatales, des lésions de dénutrition, de mortification, de *nécrobiose* dans le parenchyme nerveux, lésions qui se traduisent, comme dernier terme, par ce qu'on appelle le Ramollissement.

Ramollissement de la pulpe cérébrale, telle est, Messieurs, la lésion par excellence que révèlent la plupart des autopsies ; telle est la lésion qui se rencontre le plus usuellement et à laquelle aboutissent, comme terminaison commune, presque tous les processus anatomiques que nous venons de passer en revue. Ramollissement cérébral, voilà, à coup sûr, la complication secondaire qui se surajoute le plus souvent aux accidents propres de la syphilis encéphalique.

Cette désorganisation ultime de la substance nerveuse se présente ici sous des formes anatomiques diverses, à savoir :

Soit la forme dite aiguë, qu'on qualifiait autrefois du nom de *ramollissement rouge ;*

Soit la forme chronique, dite aujourd'hui *ramollissement ischémique*, et vraiment trop connue, trop banale, pour que j'aie à vous la décrire.

De ces deux formes, la première est rare, presque exceptionnelle. La seconde, au contraire, est extrêmement commune.

Le ramollissement qui vient ainsi compliquer les lésions propres de la syphilis cérébrale est très-variable comme étendue. Parfois il affecte tout un département du cerveau. Plus souvent il diffuse en surface, alors surtout que, symptomatique d'une sclérose méningée, il intéresse la substance grise. Mais, pour la plupart des cas, il reste

circonscrit, en relation de siége avec les lésions vasculaires ou méningées dont il dérive(1). Enfin, en certains cas, il est distribué par plaques isolées, par îlots épars, disséminés, ne dépassant guère les proportions d'une lentille ou d'une amande.

Telles sont, Messieurs, d'une façon sommaire, les principales lésions *secondaires* qui peuvent succéder aux altérations primitives, directes, de la syphilis cérébrale (2).

(1) Exemple, un cas typique que j'emprunterai à M. Brouardel. A l'autopsie d'un sujet mort de syphilis cérébrale, cet observateur distingué trouva, entre autres lésions, un ramollissement du volume d'une noisette dans le centre même d'une circonvolution. Or l'artériole qui correspondait à cette circonvolution « était absolument et totalement oblitérée par une endartérite très-nette, avec caillot ».

(2) Ai-je besoin d'ajouter qu'à ces lésions principales, habituelles, il peut s'en joindre d'autres d'importance ou de fréquence moindre, en relation avec les circonstances spéciales du cas particulier? Cela va de soi. Il est évident, en effet, que telle ou telle condition inhérente à l'affection primitive peut exciter des altérations secondaires variées. Comme exemple, il me suffira de citer un fait que j'ai eu l'occasion d'observer récemment avec mon collègue et ami le docteur Brouardel. Une gomme cérébrale, située de façon à comprimer les veines de Galien, avait déterminé, par le fait même de cette compression, un *épanchement énorme dans les ventricules latéraux*, épanchement qui, bien entendu, n'avait pu se produire que par un refoulement proportionnel des parois ventriculaires. Qu'était-ce que cette *hydrocéphalie*, sinon un *incident de localisation* dû au siége particulier de la gomme près de veines importantes?

Et ainsi d'autres lésions secondaires de divers genres, que des incidents analogues sont susceptibles de développer.

Remarquons seulement que ces lésions secondaires peuvent, en certaines conditions, primer, par importance anatomique et clinique, les lésions originelles dont elles dérivent. Tel était le cas précisément sur le malade de M. Brouardel. A coup sûr, l'énorme hydropisie ventriculaire dont je viens de parler constituait, anatomiquement, une lésion bien autrement majeure que la petite gomme dont elle procédait. Et cliniquement, comme conséquence naturelle, les symptômes offerts par le malade traduisaient bien plutôt l'hydrocéphalie que la tumeur cérébrale.

Il serait superflu, je pense, d'insister davantage sur cet ordre de considérations, qu'il suffira de signaler.

Je le répète à dessein en terminant cet exposé (car c'est là un point majeur que je désire bien mettre en lumière et qui, à mon sens, est resté trop effacé, trop négligé jusqu'à ce jour), ces lésions secondaires, non spécifiques, de la syphilis cérébrale sont aussi communes qu'importantes. Elles sont communes à ce point qu'elles font très-rarement défaut dans les autopsies et que leur absence peut être, sans exagération, taxée d'exceptionnelle. Et, quant à leur importance, si vous ne l'avez déjà jugée par ce qui précède, vous n'aurez que trop fréquemment l'occasion de l'apprécier à sa juste valeur par ce qui doit suivre. Aussi bien, après avoir lu, observé par moi-même et médité quantité d'autopsies de ce genre, suis-je arrivé à la conviction qu'*on meurt rarement, pour ne pas dire jamais, de la syphilis cérébrale par le fait de lésions syphilitiques proprement dites, exclusivement syphilitiques; — tandis qu'on en meurt habituellement, presque toujours* (alors que la maladie est conduite à ce dénouement fatal), *par le fait de lésions vulgaires, consécutives à des lésions spécifiques et symptomatiques de ces dernières.*

Il est exceptionnel, absolument exceptionnel, qu'à l'autopsie de sujets morts de syphilis cérébrale on ne trouve que des productions pures et simples de syphilis, telles que sclérose méningée, gomme, artérite gommeuse, etc. Presque invariablement, au contraire, on observe, en compagnie de ces lésions, d'autres lésions d'ordre vulgaire, telles que encéphalite, thrombose, ramollissement, etc. Et, quand on cherche, par une analyse rigoureuse des résultats nécroscopiques, à se rendre un compte exact des causes qui ont déterminé la mort, il est bien rare qu'on n'aboutisse pas à inculper moins la production syphilitique elle-même que les altérations con-

sécutives dont elle a été l'origine. Sans doute, c'est bien au total la syphilis qui reste l'épine première et la cause réelle de la catastrophe ultime, cela n'est que trop évident; mais, dans une saine interprétation de la pathogénie des accidents, c'est moins à la lésion syphilitique qu'aux lésions nées à son propos et à sa suite, je le répète encore, qu'est imputable la mort le plus souvent.

Ne vous étonnez pas, Messieurs, de mon insistance sur une distinction dont le pourquoi peut vous échapper encore; plus tard vous en apprécierez les raisons, avec l'intérêt clinique qui s'y rattache.

Et maintenant, Messieurs, que nous venons d'étudier en détail les multiples et diverses lésions de la syphilis cérébrale, voulez-vous que nous jetions un coup d'œil en arrière pour rassembler les points principaux, les points véritablement majeurs de ce long exposé ? Cette revue rétrospective nous permettra de résumer l'étude qui précède dans les quelques propositions suivantes :

1° La syphilis se traduit sur l'encéphale par des lésions variées, qui affectent, avec une inégale fréquence, les méninges, les vaisseaux et le parenchyme nerveux.

2° Comme siége, ces lésions ont pour caractère d'être le plus habituellement *périphériques*, c'est-à-dire d'occuper de préférence aux régions centrales les parties corticales du cerveau.

En outre, on les observe le plus communément dans les *régions antérieures* de l'encéphale, et notamment, comme siége de prédilection, à la *base du cerveau*, vers les régions moyennes ou sphénoïdales.

3° Ces lésions sont toujours *partielles ;* — assez souvent encore elles sont *multiples* et *disséminées.*

4° Comme nature, elles constituent deux groupes bien distincts. Ainsi :

Les unes sont *spécifiques* et *primitives ;*

Les autres sont *vulgaires* et *consécutives.*

5° Les lésions spécifiques primitives consistent originairement, dans le cerveau comme ailleurs, en des *hyperplasies cellulaires,* lesquelles aboutissent ultérieurement à des formations *scléreuses* ou *gommeuses.*

Elles constituent de cette façon ce que nous avons décrit sous les noms de :

Sclérose méningée; — gommes méningées;

Encéphalite scléreuse; — gommes cérébrales;

Artérites scléreuses ou gommeuses.

6° Les lésions du second ordre, vulgaires et consécutives, résultent *in situ* des précédentes, et se présentent sous deux formes :

Lésions inflammatoires;

Lésions ischémiques.

Au nombre de ces dernières figure la plus fréquente et la plus importante de toutes les lésions secondaires de la syphilis cérébrale, à savoir le *ramollissement.*

7° Si le cerveau peut être affecté primitivement, les cas de ce genre sont bien plus rares que ceux où il est affecté *secondairement,* par le fait de lésions méningées ou vasculaires.

Donc les lésions cérébrales proprement dites sont bien plus fréquemment d'ordre vulgaire que d'ordre spécifique.

8° Les altérations syphilitiques du parenchyme cérébral se compliquent presque infailliblement de lésions

secondaires, lesquelles acquièrent très-souvent une importance considérable, supérieure à celle de la lésion originelle.

9° Donc, finalement, la mort dans la syphilis cérébrale est bien moins souvent le résultat des lésions spécifiques que des lésions vulgaires qui leur sont consécutives, notamment, et par-dessus tout, du ramollissement.

Voilà en somme, Messieurs, les données générales auxquelles aboutit l'analyse des nombreux faits anatomiques que nous venons de passer en revue.

Au début de cette étude, je vous promettais que, loin d'être stérile, elle abonderait en applications du plus haut intérêt. Et déjà, en effet, la seule notion des faits anatomiques qui précèdent nous permet d'interpréter et de comprendre nombre des traits cliniques les plus saillants, les plus essentiels, de la syphilis cérébrale. Jugez-en par les quelques exemples qui vont suivre :

1° Sans contradiction possible, la syphilis cérébrale est particulièrement remarquable par la *multiplicité* et la *diversité de ses expressions cliniques*. Telle est même la variété des symptômes qui en dérivent qu'elle a reçu souvent la qualification méritée d'affection *protéiforme*. Et, en effet, nous verrons figurer à son bilan quantité de phénomènes de tout genre : paralysies partielles, paralysies plus ou moins étendues, accès convulsifs, épilepsie, troubles intellectuels (amnésie, délire, manie, démence), troubles sensoriels, aphasie, névralgies, vomissements, polyurie, diabète, etc., etc.

Eh bien ! cette diversité étonnante de manifestations cliniques n'est-elle pas déjà justifiée à vos yeux par l'excessive variété des lésions que nous venons de dé-

crire : — lésions affectant tantôt les méninges, tantôt le système vasculaire, tantôt le parenchyme nerveux; — lésions essentiellement différentes d'un cas à l'autre comme formes anatomiques, comme siége, comme étendue, comme complications secondaires, etc.? Multiplicité et variété de lésions impliquent multiplicité et variété de symptômes. Cela devait être, et cela est (1).

2° La syphilis cérébrale, vous ai-je dit encore, se caractérise surtout par des lésions *partielles*, localisées, circonscrites. De là, naturellement et d'une façon corrélative, ces paralysies circonscrites, ces symptômes *partiels*, qui sont si fréquents chez nos malades, et qui, comme vous le verrez bientôt, confèrent aux accidents cérébraux de la diathèse une physionomie si particulière, si spéciale, en nombre de cas.

3° Les lésions syphilitiques de l'encéphale sont souvent *multiples* et *disséminées*. De là encore un des caractères cliniques les plus habituels et les plus accusateurs de la syphilis cérébrale, à savoir : *Multiplicité et combinaisons bizarres de symptômes nerveux non habituellement associés*, tels par exemple que les suivants :

Hémiplégie coexistant avec monoplégie du côté opposé, ou bien avec telle ou telle paralysie oculaire, ou bien avec une amaurose, une cophose, etc. ;

Hémiplégie faciale, avec paralysie de la troisième, de la quatrième ou de la cinquième paire ;

(1) Cette diversité de manifestations cliniques serait encore explicable, pour M. Broadbent, par la tendance particulière qu'offre la syphilis à porter de préférence ses lésions sur les membranes, c'est-à-dire secondairement sur la *substance grise*. On sait en effet, dit-il, que des lésions de la substance grise peuvent également produire et des troubles intellectuels, et des convulsions, et des paralysies, etc. De là, sans doute, la remarquable variété de formes cliniques qu'affecte la syphilis du cerveau.

Épilepsie, avec ptosis, strabisme ou amaurose;

Accès maniaque, avec paralysie d'une paupière;

Phénomènes cérébraux, avec phénomènes médullaires, etc., etc.;

Tous symptômes qui ne s'observent en général qu'isolés, indépendants les uns des autres, et qui répugnent, pour ainsi dire, à se trouver en compagnie. Eh bien ! ces combinaisons insolites, bizarres, extraordinaires même pour quelques-unes, la syphilis les réalise fréquemment, plus fréquemment en tout cas qu'aucun autre type pathologique. Et cela, l'anatomie nous en donne la raison, par la multiplicité et la dissémination possibles des lésions syphilitiques cérébrales, lesquelles, alors qu'elles affectent simultanément diverses parties de l'encéphale, sont nécessairement appelées à déterminer de compagnie, dans le même temps, des manifestations multiples et différentes.

4° Un autre attribut de la syphilis cérébrale, aussi fréquent que caractéristique, consiste dans l'association à un groupe symptomatologique donné de certaines paralysies des nerfs crâniens, de paralysies intéressant les *nerfs crâniens antérieurs*, notamment les *nerfs oculaires*. Chacun le sait, les paralysies de l'œil sont communes à ce point dans la syphilis cérébrale qu'elles portent avec elles, comme on l'a dit, le cachet, la signature de la diathèse. Ce sont des symptômes révélateurs par excellence, qui d'emblée accusent la vérole ou la mettent en cause pour le moins. Tel malade, je suppose, se présente avec une hémiplégie; cela ne veut rien dire relativement à la vérole. Mais, en outre, ce malade offre un strabisme, un ptosis, une mydriase; tout aussitôt, et rien que par le fait de ces paralysies oculaires, voici le soupçon de vé-

role qui surgit; et ce soupçon se trouve confirmé quatre-vingt-dix fois sur cent par l'examen ultérieur.

Or, pourquoi cela, Messieurs, et comment la syphilis est-elle appelée à devenir la cause la plus usuelle de ces paralysies oculaires ? Ici encore l'anatomie pathologique va nous éclairer de ses lumières. Où donc, en effet, se produisent de préférence les méningites spécifiques? Où donc se rencontrent le plus habituellement les gommes méningées ou cérébrales? A la base de la région moyenne du crâne, au niveau ou au voisinage de la selle turcique et des fosses sphénoïdales. Et là, que rencontrent ces lésions? Précisément les nerfs antérieurs du cerveau, précisément les nerfs oculaires.

Ainsi se trouve expliqué d'une façon très-simple, vous le voyez, un fait des plus intéressants, des plus curieux, et j'ajouterai des plus importants pour le diagnostic pratique, comme j'aurai l'occasion de vous le montrer ultérieurement.

5° Impossible de ne pas être frappé, dans l'histoire clinique de la syphilis cérébrale, de la fréquence remarquable avec laquelle se présentent ces deux ordres de symptômes : d'une part, *troubles intellectuels,* et, d'autre part, *accidents convulsifs, épileptiformes* ou *épileptiques.* Or l'anatomie pathologique peut-elle ici encore nous venir en aide et nous donner le secret de cette double particularité? Oui, certes. Et comment? En nous révélant la tendance de la syphilis cérébrale à porter ses lésions vers les régions corticales du cerveau, c'est-à-dire vers la *substance grise;* vers la substance grise, dont les lésions troublent si profondément les fonctions d'intelligence (à preuve la paralysie générale des aliénés); vers la substance grise, dont l'excitation, comme l'a démontré

D. Ferrier, a pour effet si commun de déterminer des spasmes convulsifs épileptiformes.

6° Enfin, dernière considération, non moins intéressante au point de vue pratique.

La syphilis cérébrale offre vraiment un curieux mélange de cas qui guérissent et de cas qui ne guérissent pas. Ici des malades affectés des symptômes les plus graves, de symptômes semblant devoir entraîner nécessairement la mort, guérissent cependant contre toute prévision, guérissent miraculeusement, sont presque ramenés du trépas à la vie, presque ressuscités (pardonnez-moi le mot) par l'intervention toute-puissante des agents spécifiques. Puis là, inversement, d'autres malades, présentant les mêmes symptômes, voire à un degré bien moins grave, bien moins menaçant, n'éprouvent aucun bénéfice des mêmes remèdes, vont de mal en pis, quoi qu'on fasse, et finissent par succomber en dépit de tous les efforts de la thérapeutique.

Pourquoi ces différences? Pourquoi ces succès et ces insuccès devant le même ennemi, combattu avec les mêmes armes? Eh bien! l'anatomie pathologique nous livre encore la clef du mystère.

C'est qu'en effet la syphilis cérébrale se compose de deux ordres de lésions : de lésions *spécifiques* et de lésions *vulgaires*. Contre les premières, les remèdes dits spécifiques agissent énergiquement et peuvent guérir. Contre les secondes, ils ne font rien. Que voulez-vous que fasse le mercure ou l'iodure contre une oblitération vasculaire où un ramollissement? Donc, dans le premier cas, succès possible et fréquent; dans le second, au contraire, insuccès fatal.

Aussi, — et cette conclusion me ramène à une propo-

sition que j'ai déjà développée précédemment, — aussi les malades qui succombent à la syphilis cérébrale succombent-ils presque toujours par le fait de lésions vulgaires, c'est-à-dire d'altérations *communes*, consécutives aux déterminations spécifiques importées originairement par la diathèse dans le cerveau.

Voyez donc, Messieurs, par ces quelques exemples, combien l'anatomie éclaire l'histoire symptomatologique de la syphilis cérébrale, et jugez s'il y avait intérêt à bien poser ces prémisses avant d'aborder l'étude clinique de la maladie.

QUATRIÈME LEÇON

ÉTUDE CLINIQUE. — FORMES INITIALES DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE. — FORME CÉPHALALGIQUE.

I. Multiplicité surprenante de symptômes et de formes morbides dans la syphilis du cerveau. — Absence de tout symptôme pathognomonique, appartenant en propre à la syphilis cérébrale. — Conséquences au point de vue diagnostique.

II. Importance pratique des formes morbides *initiales* qui traduisent l'action de la diathèse sur le cerveau.

III. Formes initiales.— Multiplicité et diversité de symptômes, même au début de l'affection.— Coordination possible de ces symptômes divers en un certain nombre de *formes morbides*. — Essai de classification. — Six formes morbides initiales.

IV. Forme céphalalgique. — Sa fréquence. — C'est une forme prodromique par excellence. — Caractères cliniques de la céphalée symptomatique de syphilis cérébrale. — Douleur interne et profonde. — Variétés comme qualité de douleur. — Localisations : céphalée partielle, circonscrite; céphalée diffuse. — Trois attributs plus particulièrement spéciaux : 1° *Intensité* habituelle et violence parfois extraordinaire de cette céphalée. — Degrés : Forme habituelle; forme intense; forme excessive. — Réaction sur l'organisme. — Délire symptomatique, sous forme de délire tranquille ou de délire furieux. — 2° Exacerbations *nocturnes*. — Absence fréquente de ce caractère. — 3° Ténacité, persistance, récidives, en un mot *longue durée*. — Chacun de ces trois caractères a sa valeur propre ; leur association comporte une signification d'autant plus péremptoire.

Intérêt pratique de ce symptôme, la céphalée, en tant que *signe prémonitoire* de syphilis cérébrale. — Exemple clinique. — Conséquences thérapeutiques.

I

Nous commençons aujourd'hui, Messieurs, l'étude clinique de la syphilis cérébrale.

Au début de cet exposé, deux points essentiels se présentent à bien établir tout d'abord.

Le premier est relatif à l'excessive *multiplicité de symptômes* et *de formes morbides* qu'est susceptible d'affecter la syphilis cérébrale.

Jetez un simple coup d'œil sur la table des matières d'une des nombreuses monographies relatives à notre sujet actuel, et vous serez frappés d'y voir figurer quantité de symptômes, disons mieux, la totalité des symptômes qui composent la pathologie cérébrale. Ici, troubles de mouvement, et de tout genre : paralysies partielles, circonscrites, paralysies plus étendues, spasmes, convulsions, contractures, accès épileptiques, etc. ; — là, troubles de sensibilité, et de sensibilité générale ou spéciale ; — là encore, troubles intellectuels des plus variés : débilité mentale, hébétude, amnésie, aphasie, délires divers, manie, aliénation, paralysie générale, démence, etc. ; — sans parler d'autres symptômes et en grand nombre, de formes les plus disparates et souvent les plus inattendues : vomissements, boulimie, polyurie, albuminurie, diabète, troubles cardiaques ou pulmonaires, anémie progressive, cachexie, etc., etc. Toute la séméiologie cérébrale, sans exagération, vient figurer dans les divers chapitres de l'encéphalopathie syphilitique. Et telle est l'inépuisable variété des symptômes qui traduisent l'action de la diathèse sur le cerveau qu'en vérité on a pu dire avec toute raison ce mot que vous connaissez déjà : « La syphilis cérébrale est de nature essentiellement *protéiforme.* »

Second point : au milieu de cette infinie variété de symptômes, la syphilis cérébrale *n'en a pas un seul qui lui soit spécial,* qui lui appartienne en propre.

Parcourez, en effet, cette même liste d'accidents, de

formes morbides, dont je viens de parler; vous l'épuiserez d'un bout à l'autre sans y rencontrer un seul symptôme qui, figurant ici, ne figure pas ailleurs. Vainement, je le répète, dans cette profusion de troubles morbides, vous en chercheriez un qui soit l'apanage exclusif de la syphilis cérébrale, qui traduise d'une façon spécifique l'influence spécifique dont il dérive.

Nul doute à ce sujet. Tous les phénomènes, tous les symptômes par lesquels se traduit la syphilis de l'encéphale sont des phénomènes, des symptômes *vulgaires;* ce sont les phénomènes et les symptômes par lesquels se révèlent nombre d'autres affections complétement étrangères à la syphilis, n'offrant aucun lien, aucune parenté avec elle; ce sont, en un mot, les phénomènes et les symptômes de toutes les maladies encéphaliques, quelle qu'en soit la nature.

Notez le fait, Messieurs, mais ne vous en étonnez pas. Cela devait être, comme cela est.

Le cerveau, en effet, n'est qu'un instrument, une machine, qui, lésée dans un de ses rouages par une cause quelconque, traduit invariablement ce trouble accidentel par un seul et même ordre de phénomènes, c'est-à-dire par un désordre ou un arrêt des fonctions qui lui sont dévolues. Il en est du cerveau comme d'une montre, ainsi que l'a spirituellement dit un auteur anglais, le docteur Th. Buzzard (1). « Les roues d'une montre peuvent aussi bien être arrêtées par un cheveu que par un grain de sable, et le désordre qui surgit reste toujours le même, quelle que soit la cause qui l'ait produit, que ce soit le grain de sable ou le cheveu qui ait lésé la mon-

(1) *Clinical Aspects of syphilitic nervous affections.* Londres, 1874.

tre. » Eh bien! il en est de même pour le cerveau. Que ce soit une gomme, un cancer, un tubercule, qui comprime un vaisseau ou un centre cérébral, les troubles qui en résultent sont toujours les mêmes, n'importe la qualité de la tumeur. Ce ne sont jamais que des désordres fonctionnels, qui traduisent une lésion du cerveau; et, le cerveau n'ayant pas de fonctions variables à troubler pour chaque ordre de lésions qui l'affecte, il suit de là qu'au total il manifeste ses souffrances de la même façon, quelle que soit la cause, la nature de la lésion qui l'offense.

Donc les lésions cérébrales syphilitiques n'ont pas, ne sauraient avoir de symptômes spéciaux.

Donc, comme seconde conséquence, ce n'est pas dans la qualité des symptômes qui vont suivre qu'il nous faudra chercher le témoignage de l'influence syphilitique, mais bien dans des considérations d'un autre ordre, que nous spécifierons en temps et lieu.

Ces quelques préliminaires établis, entrons actuellement de plain pied dans notre sujet.

II

Qu'y a-t-il, Messieurs, de plus important, de plus pratiquement essentiel à connaître dans toute l'histoire de la syphilis cérébrale? Si l'on me posait la question, je ne serais pas embarrassé pour y répondre. Et voici ce que, sans crainte de démenti ou de contestation, je répondrais aussitôt :

Ce qu'il y a de plus important, de plus pratiquement

essentiel à connaître dans toute l'histoire de la syphilis cérébrale, c'est à coup sûr l'étude des FORMES INITIALES par lesquelles elle se traduit.

Et cela, pour une bonne raison.

C'est que, n'en doutez pas, si l'on sait surprendre, deviner la syphilis cérébrale à sa naissance, on a toutes chances pour l'attaquer avec succès et pour la guérir, pour la guérir sinon toujours, du moins dans le plus grand nombre des cas.

Tandis que, si l'on ne la saisit pas à sa naissance, si l'on se trompe sur ses symptômes initiaux, si on lui accorde tout loisir pour développer ses lésions propres et aboutir plus tard à ces redoutables lésions secondaires que je vous signalais tout dernièrement, on assure à la maladie « droit de domicile dans l'économie », on perd les ressources dont on disposait pour la combattre, on attend qu'on devienne impuissant, parlons net, on laisse les malades péricliter et mourir.

Donc, je le répète, ce qu'il y a de vraiment essentiel, de particulièrement pratique dans l'étude de la syphilis cérébrale, c'est la connaissance de ses *symptômes prodromiques*, de ses *formes initiales*.

Reconnaître la syphilis cérébrale naissante, la dépister à son origine, tout est là. Conséquemment, c'est à la recherche de ces symptômes initiaux, de ces formes initiales, que je consacrerai la plus grande partie de l'exposé qui va suivre. Sans négliger les formes ultérieures, consécutives, ce sont les formes *initiales* que je m'attacherai à vous décrire avec le plus de soin, avec le plus de détails. Je ne craindrai pas de trop insister sur ces dernières, certain que le plus grand service que je puisse vous rendre, à vous et à vos malades, c'est de vous apprendre

comment se conduit la syphilis cérébrale à son début, c'est-à-dire à l'époque où vous pourrez le mieux la guérir.

III

FORMES INITIALES DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE.

Si l'on recherche par la lecture d'un certain nombre d'observations comment s'accuse la syphilis cérébrale *naissante*, on est frappé, on est presque effrayé de la multiplicité et de la diversité des symptômes parlesquels elle se traduit, même à cette époque, même dans cette phase tout à fait initiale.

Prenez au hasard vingt observations de syphilis cérébrale, et sur ce nombre vous n'en trouverez peut-être pas quatre qui aient affecté les mêmes symptômes, la même allure, à leur début. Et quant aux autres, elles vous paraîtront aussi disparates entre elles, relativement à leurs formes prodromiques, que s'il s'agissait d'affections absolument dissemblables.

Ici, par exemple, ce que vous constaterez, comme phénomène de début, sera une simple douleur de tête, et rien de plus, douleur s'étant prolongée pendant plusieurs semaines, pendant plusieurs mois ; — là, ce seront des accidents congestifs, tels que vertiges, obnubilations, pertes de connaissance ; — là encore, des accidents convulsifs, des spasmes musculaires, des crises épileptiques ; — ailleurs, des troubles circonscrits du mouvement, des paralysies oculaires, par exemple ; — ailleurs, une hémiplégie ; — ailleurs, des altérations psychiques ; — ailleurs encore, tous phénomènes imaginables, toutes

modalités possibles de symptômes se rattachant à une lésion de l'encéphale.

Si bien, je le répète à dessein, qu'à la lecture de ces formes de début multiples, diverses et presque opposées, on croirait avoir affaire non pas à une seule maladie susceptible d'entrer en scène sous des allures aussi variées, mais à *plusieurs maladies* absolument distinctes.

Et cependant, après cette impression première, si l'on regarde les choses de plus près, si l'on prend à tâche de coordonner, de classer suivant leurs affinités cliniques ces manifestations multiples de la syphilis cérébrale naissante, on arrive bientôt à reconnaître qu'au total cette diversité de phénomènes est plus apparente que réelle; — que les symptômes initiaux de l'affection, si nombreux qu'ils soient, ne sont pas multiples à l'infini; — qu'il n'est pas impossible, par une analyse méthodique, de les condenser en un groupe restreint de *formes morbides;* — et qu'enfin ces formes morbides, une fois constituées, représentent des types génériques où viennent naturellement prendre place toutes les observations particulières, des types qui reproduisent, à cela près de quelques différences de détail, toutes les modalités symptomatologiques de la maladie.

Eh bien! ce travail de groupement, de coordination, de simplification, j'ai tenté de le faire — et non sans peine, — pour vous rendre plus facilement accessible l'étude ardue et complexe des troubles pathologiques qui marquent le début de la syphilis cérébrale.

Y aurai-je réussi? Ce n'est pas à moi d'en juger. Laissez-moi espérer toutefois, Messieurs, que l'essai de classification ébauchée par moi ne sera peut-être pas inu-

tile pour l'intelligence et la vulgarisation des importants sujets cliniques qui vont nous occuper actuellement.

Venons au fait. — D'après la lecture et l'analyse d'un grand nombre d'observations, je suis arrivé à croire que les formes initiales de la syphilis du cerveau, si variées qu'elles soient comme expressions cliniques, peuvent cependant être condensées, coordonnées en un certain nombre de types génériques, sur lesquels, à très-peu d'exceptions près, viennent se modeler tous les cas. Je crois de plus que ces types, au nombre de *six*, méritent d'être qualifiés de la façon suivante :

1° Forme céphalalgique;
2° Forme congestive;
3° Forme convulsive ou épileptique;
4° Forme aphasique;
5° Forme mentale;
6° Forme paralytique.

J'ai hâte de le dire, et vous l'avez compris à l'avance, ces diverses formes sont bien loin d'être exclusives les unes des autres. D'abord il leur arrive souvent de s'associer, de se combiner, en constituant ainsi ce qu'on pourrait appeler des formes *mixtes*. De plus, il n'est pas moins fréquent, comme nous le verrons bientôt, que l'une d'entre elles succède à une autre. Mais n'importe. Pour bon nombre de cas, pour un très-grand nombre même, dirai-je, la syphilis cérébrale restreint ses phénomènes de début à tel ou tel ordre de symptômes constituant telle ou telle de ces formes, laquelle se présente alors isolée, pure de tout mélange; et c'est là ce qui m'autorise à vous

décrire les types pathologiques qui vont suivre comme autant de modes initiaux, autant d'exordes divers de la maladie.

Au surplus, ne serait-ce là qu'un procédé didactique, simplement propre à faciliter l'exposition d'un ensemble complexe de symptômes, il aurait encore son avantage, ce me semble, même à ce point de vue secondaire. Donc, et sans insister davantage, commençons l'étude des diverses formes morbides que je viens de mentionner et dont l'individualité respective ressortira, je l'espère, de particularités cliniques des mieux accentuées.

La première de ces formes, la forme céphalalgique, va nous occuper tout d'abord.

IV

FORME CÉPHALALGIQUE.

Voici, à coup sûr, pour la syphilis cérébrale, une forme de début des plus authentiques, des plus simples et des plus fréquentes.

De toutes les formes précitées, c'est la plus commune, soit qu'indépendante de tout autre symptôme elle traduise seule l'invasion de la syphilis dans le cerveau, soit qu'elle se combine à des manifestations d'un genre différent. Il n'est pas d'exagération, je crois, à dire qu'à des degrés divers elle inaugure le début de la syphilis cérébrale dans les deux tiers des cas, approximativement.

En quoi consiste-t-elle ? Son nom seul le dit. Le symp-

tôme essentiel qui la constitue, c'est la *céphalalgie*, la douleur de tête.

Mais quelle est cette douleur de tête, en tant que symptôme?

I. — Comme sensation, comme *qualité* de souffrance, si je puis ainsi parler, elle se distingue très-nettement pour les malades de tout autre mal de tête, des névralgies, par exemple, ou du rhumatisme épicrânien. Et elle s'en distingue surtout par ce caractère formellement accusé d'être une douleur manifestement *interne* et *profonde*.

Certes, je ne saurais dire au juste où elle réside, où se localise son siége anatomique; mais il semble bien résulter des sensations décrites par les malades (autant que les sensations peuvent se décrire) qu'elle est d'origine intra-crânienne, méningée ou cérébrale. C'est là ce que les patients accusent en disant, en répétant qu'ils ont mal « *dans* la tête, dans l'*intérieur* de la tête, dans le cerveau ». A ce point que ladite céphalée mériterait presque le nom d'*encéphalalgie*.

II. — Variable comme forme de douleur, elle se présente le plus souvent sous tel ou tel des trois types suivants :

1° Douleur *gravative*, avec pesanteur, alourdissement cérébral, abasourdissement ;

2° Douleur *constrictive*, produisant la sensation d'une forte pression, comme si la tête était « serrée dans un étau », comme si elle allait « se fendre, éclater » ;

3° Douleur de *martellement*, caractérisée par des sensations intermittentes de coups de marteau, de coups à la fois lourds et pénétrants, toujours prodigieusement douloureux.

Ces trois types, d'ailleurs, s'associent ou se succèdent fréquemment.

III. — Comme localisation, la douleur de tête qui nous occupe affecte deux formes bien distinctes. Tantôt elle est *circonscrite*, *partielle*, nettement limitée à un point de la tête où elle reste fixe. Il peut se faire ainsi qu'elle ne dépasse pas l'étendue d'une pièce de deux francs ou de cinq francs. On dirait alors, suivant l'expression des malades, qu'elle est produite « par un coin, par un clou implanté dans le cerveau »; généralement, d'ailleurs, en pareil cas, elle offre le caractère térébrant.

Pour le dire immédiatement, c'est là une variété de céphalée qui accompagne assez fréquemment les tumeurs cérébrales.

Tantôt, au contraire, elle est plus générale, plus *diffuse*. Elle occupe alors, par exemple, tout un département de l'encéphale, comme la région frontale, temporale, sincipitale, occipitale. Quelquefois elle s'étale sur plusieurs de ces régions à la fois. Quelquefois même (rarement, il est vrai) elle envahit la tête presque tout entière.

De ces diverses localisations, il en est une plus commune que d'autres, à savoir celle qui affecte la région frontale ou fronto-pariétale, latéralement. Notons cette particularité qui n'est pas sans intérêt, et sur laquelle j'aurai à revenir dans la suite de cet exposé.

IV. — Jusqu'ici, Messieurs, rien de bien caractéristique dans cette céphalée qui, avec ses variétés de forme et de siége, trouverait des analogues dans les douleurs de tête produites par nombre d'autres maladies. Mais insistons, étudions de plus près les attributs de cette douleur, et recherchons surtout si elle ne présente pas

quelques particularités plus significatives, propres à en attester la spécificité.

Eh bien! oui, cette céphalée présente, non pas toujours, mais fréquemment, certains caractères assez spéciaux pour donner l'éveil, pour attirer l'attention vers la syphilis.

Quels sont ces caractères? Il en est trois principaux que voici :

Intensité habituelle et violence parfois extraordinaire de la douleur ;

Exacerbations nocturnes ;

Persistance, ténacité, longue durée.

Quelques développements ne seront pas superflus à ce triple propos.

1° *Intensité habituelle et violence parfois extraordinaire de cette céphalée.* — La céphalée *cérébrale* est presque toujours remarquable par une intensité peu commune. C'est une douleur plus forte qu'un mal de tête habituel, qu'une migraine nerveuse, qu'une céphalalgie symptomatique de fièvre, de phlegmasie, etc. Les malades s'en plaignent amèrement, et leur attitude témoigne à l'unisson d'un haut degré de souffrance.

Même dans ses formes relativement légères, qui sont de beaucoup les plus habituelles, cette céphalée constitue un mal de tête *intense*, qui moleste vivement le malade, qui le rend triste, morose, abattu, alourdi, excitable, qui détermine l'insomnie, qui déprime l'intelligence et les facultés, qui diminue ou abolit même l'appétit, qui retentit sur les fonctions nutritives, etc.

A un degré supérieur, elle devient une douleur violente qui alite le malade, qui le rend incapable de tout

travail, de tout exercice, qui le tient dans un état d'angoisse des plus pénibles, qui l'abrutit, qui l'anéantit véritablement.

Enfin, en quelques cas heureusement très-rares, mais non moins essentiels à connaître, elle acquiert une intensité telle qu'elle s'élève au niveau des plus fortes douleurs que puisse supporter l'organisme. Elle est alors *atroce*, *épouvantable*, et je ne saurais vraiment trouver de termes trop énergiques pour la qualifier. Les malades affectés de la sorte sont littéralement fous de souffrance. Leur tête est si douloureuse, tellement sensible au toucher, qu'ils ont à peine la ressource de l'appuyer sur l'oreiller. Se tenant le crâne entre leurs mains, vous les voyez s'agiter, se tordre sur leur lit, jeter des cris déchirants, se lever et se recoucher vingt fois par heure, se rouler à terre, se démener comme des possédés, éclater en lamentations, en sanglots, etc. Tout entiers à leur douleur, c'est à peine s'ils prêtent attention à ce qui les entoure et s'ils répondent par monosyllabes aux questions qu'on leur adresse. Bref, et sans la moindre exagération, c'est là une scène d'angoisse comparable aux derniers instants de l'accouchement, ou bien aux crises des coliques hépatiques ou néphrétiques dans leurs paroxysmes les plus aigus.

Dans ces deux derniers degrés de la céphalée cérébrale, il n'est pas rare de voir apparaître certaines formes de *délire éphémère :* soit un délire tranquille et surtout un délire d'action, soit un délire furieux avec hallucinations, violences, tentatives de suicide ou d'homicide.

La première forme, qu'on observe surtout dans les cas

de céphalée moyenne, consiste plus spécialement en des actes inconsidérés, étranges, comme impulsifs, auxquels s'ajoutent des propos extravagants, des paroles sans suite, mal articulées, etc.

J'ai eu l'occasion de soigner, avec M. le professeur Lorain de si regrettable mémoire, un jeune homme qui, à la suite d'une syphilis négligée, avait fini par être atteint de manifestations spécifiques graves, notamment d'accès formidables de céphalée, auxquels devait succéder plus tard une hémiplégie. En proie à l'un de ces accès, au moment où nous l'examinâmes pour la première fois, ce jeune homme répondait à peine à nos questions. Il paraissait indifférent à notre présence, étranger à tout ce qui se passait autour de lui. De temps à autre il articulait des mots incohérents. Plusieurs fois, dans le cours de notre consultation, il se leva sans motif, comme égaré, se promena à l'aventure dans l'appartement, puis se recoucha, se découvrit, se recouvrit, etc.; et tout cela sans propos, sans intention arrêtée, à la façon d'un malade en délire.

Au contraire, la forme furieuse du délire s'observe presque exclusivement dans les accès de céphalée excessive.

Plusieurs fois on a vu des malades «fous de douleur» se livrer à des gesticulations, à des violences identiques à celles de la manie aiguë, tenter de se suicider ou de tuer leurs gardiens. M. le Dr Zambaco cite un cas de ce genre : dans une crise de céphalée atroce, le malade en question, « saisi d'un accès de fureur, s'empara d'un pistolet et se l'appliqua sur l'œil pour se faire sauter la cervelle ; heureusement il fut arrêté à temps ». Depuis cette époque, ajoute l'auteur de l'observation, ce même

malade « perdait la raison et divaguait entièrement dès que sa céphalée devenait intense, pour revenir ensuite à la raison complète dès que la douleur diminuait de violence. Une nuit, dans une crise de ces cruelles céphalées, il se précipita sur son gardien, le maltraita et faillit le tuer » (1).

Mettant hors de cause ce dernier ordre de cas, dans lesquels la suracuité de la douleur est un indice évidemment significatif, il ne demeure pas moins certain que la syphilis du cerveau est, en général, particulièrement remarquable par l'intensité des douleurs céphaliques qu'elle détermine. L'intensité seule de ces douleurs est donc un premier signe qui distingue la céphalée spécifique de la plupart des douleurs de tête d'ordre vulgaire. Qu'un tel signe n'ait rien d'absolument spécial, rien de pathognomonique, je n'y contredis pas ; mais avouez que tout au moins il est bien fait pour *donner l'éveil*, pour exciter le soupçon de syphilis. Et c'est là l'essentiel en pareille matière.

2° La céphalée de la syphilis cérébrale est encore remarquable en certains cas par ses *exacerbations nocturnes*.

L'exacerbation nocturne, caractère bien connu des douleurs syphilitiques de tout genre, est parfois nettement accusée dans la syphilis cérébrale. Vous la trouverez signalée dans un certain nombre d'observations, à propos de malades chez lesquels la céphalée, moyenne pendant le jour, subissait pendant la nuit un surcroît

(1) *Des affections nerveuses syphilitiques*, par D.-A. Zambaco, Paris, 1862.

d'intensité très-notable. C'est donc là, de par la clinique, un fait des mieux avérés.

Il s'en faut cependant et de beaucoup que ce soit là un fait constant. En nombre de cas, l'exacerbation nocturne ne se produit pas ou tout au moins n'est pas suffisamment accentuée pour que le diagnostic ait à en tirer profit. Il y a plus même. On a vu parfois la céphalée tertiaire être moins forte la nuit que le jour et s'atténuer par le sommeil. La chose est exceptionnelle assurément, mais non moins authentique. Pour ma part, j'ai noté d'une façon très-positive cette particularité sur deux de mes malades.

Au surplus, d'une façon générale, les symptômes douloureux de la syphilis tertiaire obéissent bien moins à l'influence nocturne que ceux de la période secondaire. C'est là un point que j'ai déjà plusieurs fois signalé. Et, en ce qui nous concerne actuellement, il n'est pas douteux que la céphalée tertiaire soit bien plus égale comme teneur, bien autrement continue, que ne l'est la céphalée secondaire.

Donc, comme conclusion, l'exacerbation nocturne de la céphalée dans la syphilis cérébrale est un signe d'une incontestable valeur séméiologique ; mais c'est un signe inconstant, qui même fait défaut dans un grand nombre de cas. — Quand il existe, profitons-en ; mais gardons-nous d'attacher à son absence une signification négative qu'elle ne comporte pas.

3° Enfin la céphalée qui accompagne la syphilis cérébrale est souvent remarquable par sa *ténacité*, sa *persistance*, *ses récidives*, en un mot, par sa *longue durée*.

La plupart des maux de tête, qui relèvent d'une ori-

gine fébrile, inflammatoire ou accidentelle, sont essentiellement passagers. — Plus persistantes, il est vrai, sont certaines céphalées diathésiques ou quelques autres variétés particulières, telles que la céphalée urémique par exemple ; mais celles-ci n'atteignent que rarement le degré d'intensité propre à la céphalée tertiaire. — Et, au total, il est très-peu de maladies ou de lésions qui s'accompagnent d'un mal de tête présentant ce double caractère d'intensité extrême et de persistance presque chronique.

Or, non-seulement la céphalée qui nous occupe ici est une céphalée intense, comme nous venons de le voir, mais, de plus, c'est essentiellement une céphalée tenace, persistante, durable. Non traitée, elle se prolonge au minimum plusieurs semaines, souvent plusieurs mois, et cela sans atténuation, avec une vigueur toujours égale ou croissante. Il est vrai qu'elle peut disparaître spontanément ; mais il n'est pas moins vrai aussi qu'elle est essentiellement sujette à récidives, et ces récidives sont également remarquables par leur longue durée. C'est ainsi que, méconnue comme nature et non traitée, cette céphalée peut faire des retours plusieurs années de suite. Vous trouverez de la sorte maintes observations dans lesquelles des malades, ignorant la nature de leur mal et n'ayant pas été soumis à la médication spécifique, sont restés sujets pendant de longues années (deux, trois, cinq ans et plus) à des crises de céphalée durant chacune plusieurs semaines ou plusieurs mois; puis, qui finalement ont abouti à des formes graves d'encéphalopathie spécifique.

Interrogez à ce propos une de nos malades couchée au n° 35 de la salle Saint-Thomas, actuellement affec-

tée d'une hémiplégie syphilitique. Cette femme vous racontera que depuis *quatre ans et demi* elle n'a pas cessé de souffrir de violents maux de tête. Déjà fort intenses dans les trois premières années, ces maux de tête ont pris une acuité extrême depuis dix-huit mois. Et, ce matin même, vous avez pu entendre la malade se plaindre à moi d'avoir passé toute la nuit dans un état d'angoisse des plus pénibles, « se tenant la tête entre les mains, croyant par instants que son crâne allait éclater sous l'influence des élancements, des coups de marteau qu'elle y ressentait ». Il faut dire que, comme tant d'autres, cette femme ne s'est pas traitée depuis le début de ces accidents ; comme tant d'autres, elle ne soupçonnait pas que ces maux de tête pussent être en relation avec un « malheur de jeunesse » depuis longtemps oublié. Elle se croyait simplement affectée « de névralgies ou de rhumatismes dans la tête, qui devaient passer un jour ou l'autre »; et conséquemment elle n'avait pas jugé opportun de revenir à son ancien traitement, non plus même que de renseigner sur ses antécédents spéciaux les médecins qu'elle avait consultés.

Donc la persistance, la longue durée, les retours des douleurs acquièrent ici une importance diagnostique indéniable.

En résumé, Messieurs, la céphalée de la syphilis cérébrale présente trois caractères, qui, sans être pathognomoniques, sont néanmoins assez spéciaux pour faire soupçonner et rechercher une origine syphilitique. Chacun de ces trois caractères a une valeur propre; et, tout naturellement, leur association possible, fréquente même, prend une signification d'autant plus péremptoire.

A ce point qu'on pourrait presque poser ceci en aphorisme :

Un mal de tête intense, violent, à exacerbations nocturnes, à durée longue, chronique, et à retours fréquents, est un symptôme qui atteste presque infailliblement la vérole, ou qui, pour le moins, doit toujours en éveiller le soupçon.

Si la manifestation morbide que nous venons d'étudier constituait un symptôme constant dans la syphilis cérébrale, elle aurait, certes, un inestimable prix. Mais, ainsi que je vous le disais au début de cette étude, ce n'est pas là un symptôme constant ; ce n'est là qu'un symptôme *fréquent*, habituel, et rien de plus. Il importe même de bien le savoir, l'absence de la douleur de tête n'est pas un fait aussi rare, aussi exceptionnel, qu'on le croit et qu'on le professe généralement. De cela, voici la preuve.

De l'aveu commun, tout d'abord, la céphalée n'accompagne pas habituellement les cas de lésions *intra-cérébrales*. — De plus, elle peut manquer, incontestablement, dans certains cas où, d'après le peu que nous savons de sa pathogénie, elle devrait le moins faire défaut, à savoir dans les cas de lésions osseuses ou de lésions méningées. On a cité de la sorte plusieurs observations de syphilis crânienne ou méningée dans lesquelles les malades n'avaient jamais subi la moindre atteinte de céphalée. J'ai fait, pour ma part, l'autopsie d'un sujet qui, ayant succombé à des lésions très-importantes du crâne et des méninges, avec ramollissement presque général de la substance grise et ramollissement étendu de la substance blanche, *n'avait jamais présenté le moindre*

mal de tête pendant les deux ans que dura sa maladie (1).

Quel qu'il soit cependant, ce symptôme n'est pas moins important et précieux en pratique, et je ne saurais le recommander trop vivement à votre attention. Rien de plus fréquent, en effet, que de voir la céphalée servir de prélude à des accidents graves de syphilis cérébrale. Sur quantité de malades, la syphilis cérébrale procède de la façon suivante : céphalée tout d'abord ; — puis, consécutivement, phénomènes variés relevant de l'une ou de l'autre des formes morbides que nous aurons à décrire, c'est-à-dire accès congestifs, épilepsie, troubles intellectuels, paralysies diverses, hémiplégie, etc. Telle est même, dirai-je, la marche habituelle, commune, de la maladie. De cela, j'ai encore observé, ces derniers jours, un exemple des plus frappants, que peut-être il ne sera pas sans intérêt de consigner ici.

Un malade, affecté d'une syphilis dont l'origine remontait à onze ans, vient me consulter pour des maux de tête qui, dit-il, l'importunent d'une façon étrange depuis quelques mois. Ces maux de tête «vont et viennent», suivant son expression ; ils apparaissent le matin au réveil, deviennent excessifs vers le soir, mais s'apaisent dans la nuit, ou tout au moins n'empêchent pas le som-

(1) L'observation à laquelle je fais allusion ici est aussi authentique que possible. J'ai suivi le malade, que je connaissais particulièrement, d'un bout à l'autre des accidents morbides. Jamais il ne s'est plaint du moindre mal de tête. Cent fois et plus je l'ai interrogé sur ce symptôme dont l'absence m'intéressait singulièrement, et jamais je n'ai obtenu de lui que des réponses absolument négatives. Voilà donc un malade qui, avec des lésions crâniennes et méningées, avec un ramollissement étendu de la substance cérébrale, est resté complétement exempt de la moindre atteinte de céphalée.

meil. Du reste, santé excellente et hygiène irréprochable ; nulle cause, autre que la syphilis, à laquelle ces maux de tête puissent être rapportés. Conséquemment et sans la moindre hésitation, je prescris un traitement approprié, en avertissant bien le malade de se tenir sur ses gardes et de ne pas négliger ces accidents de céphalée. Suivi avec régularité pendant quelques semaines, le traitement produit un soulagement immédiat et dissipe même complétement les douleurs. Mais, le mal disparu, la médication est abandonnée bientôt. Cependant, quelques mois plus tard, les crises de céphalée reparaissent. Puis, finalement, l'un de ces jours derniers, je suis mandé en toute hâte près de ce même malade qui, dit-on, vient d'être frappé d'une attaque apoplectique. J'accours et le trouve avec une *hémiplégie* gauche, associée à d'autres phénomènes ne pouvant laisser le moindre doute sur l'invasion menaçante d'une syphilis cérébrale.

Ainsi cette hémiplégie avait eu et n'avait eu pour phénomènes prémonitoires que des accès de céphalée, s'étant produits et répétés avec insistance pendant plusieurs mois.

La céphalée est donc — rappelez-vous bien cela, Messieurs — un *phénomène prémonitoire*, par excellence, de syphilis cérébrale.

Cela posé, c'est affaire à nous de profiter d'un tel symptôme. La céphalée, avons-nous dit, est un premier avertissement que nous donne souvent la syphilis cérébrale, et que souvent aussi elle nous donne avec répit, avec délai intermédiaire, c'est-à-dire avec le temps et la possibilité d'intervenir. Eh bien ! cet avertissement, pre-

nons-en bonne note ; et, dès que nous voyons un malade syphilitique présenter une céphalée de l'ordre de celle que nous venons de décrire, hâtons-nous de prescrire le traitement spécifique. Prescrivons ce traitement non pas seulement pour débarrasser le malade d'une souffrance actuelle, mais aussi et surtout en vue de conjurer des accidents ultérieurs plus graves. N'oublions pas qu'une céphalée de ce genre est souvent l'expression première d'une lésion qui bientôt se révèlera par d'autres symptômes plus redoutables. Agissons donc en conséquence. Gardons-nous de demi-mesures et de traitements anodins. Le danger est urgent, il menace. Sachons proportionner à sa gravité les moyens de défense dont nous disposons, et, dans ce but, mettons en œuvre sans hésitation, sans retard, ce que la thérapeutique nous offre de plus actif et de plus énergique en pareil cas, à savoir le traitement mercuriel et ioduré aux doses et sous les formes que je me réserve de vous indiquer à la fin de ces Conférences.

CINQUIÈME LEÇON

II. — FORME CONGESTIVE.

I. Deux ordres de phénomènes congestifs dans la syphilis cérébrale : 1° phénomènes congestifs *fugaces*, passagers. — Étourdissements, vertiges. — Troubles sensoriels. — Troubles de motilité. — Troubles d'intelligence. — 2° *État congestif habituel, permanent.* Mêmes phénomènes, mais exagérés de forme, et, de plus, répétés, assidus. — Malaise cérébral constant. — Symptômes vertigineux. — Exagération possible de cet ordre de symptômes, constituant presque une *forme vertigineuse* de syphilis cérébrale. — Troubles de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale. — Douleurs cérébrales des membres. — Troubles de motilité : faiblesse, torpeur musculaire; — défaillances musculaires subites; — défaut de précision dans les mouvements; *incertitude ébrieuse;* hésitation de la parole. — Inertie intestinale et vésicale. — Troubles intellectuels : torpeur de l'intelligence; absences, obnubilations; — modifications du caractère, troubles moraux. — Diminution de la puissance virile.

II. *Évolution ultérieure.* — La forme congestive n'est le plus souvent que le prélude d'autres formes plus avancées et plus graves. — Parfois cependant elle se prolonge et se confirme sous son allure propre. — Dans ce cas, addition habituelle aux symptômes précédents de phénomènes nouveaux, à savoir :

1° *Paralysies avortées.* — Leur triple caractère de paralysies partielles, incomplètes et transitoires. — Leurs localisations habituelles. — Leur signification diagnostique.

2° *Ictus congestifs.* — Deux formes : *ictus résolutif simple* et *ictus apoplectiforme.* — Gravité de tels symptômes. — Tendance aux récidives.

III. Dénouement habituel de ces ictus congestifs et de la forme congestive en général par des phénomènes de *paralysie.* — Quelles sont ces paralysies? — Paralysies avortées, passagères. — Paralysies déjà plus durables. — Paralysies stables, permanentes. — Type le plus commun : *hémiplégie.*

IV. *Variété maligne* ou *pernicieuse* de la forme congestive. — Un coma subit et profond peut être un des premiers symptômes de la syphilis

cérébrale. — Exemple clinique. — Caractères de ce coma sidérant. — Ses dangers. — Quelle situation particulièrement périlleuse crée au malade un accident de ce genre. — Nécessité d'un examen clinique minutieux pour démasquer l'origine de tels phénomènes. — Ressource inestimable offerte par le traitement spécifique. — Observation. — Résumé.

Messieurs,

Une seconde forme initiale de la syphilis cérébrale est celle à laquelle on peut donner le nom de forme congestive.

Je l'appelle *congestive* pour deux raisons : parce que, d'abord, elle se compose d'un certain nombre d'accidents qui constituent la symptomatologie usuelle de l'état pathologique désigné communément sous le nom de congestion cérébrale ; et, en second lieu, parce que les troubles ultimes auxquels elle aboutit fréquemment sont identiques à ceux auxquels aboutit la congestion cérébrale proprement dite, à savoir l'ictus apoplectique avec ou sans paralysies, le « coup de sang » vulgaire.

Que cette dénomination de *forme congestive* soit attaquable au point de vue anatomique et pathogénique, c'est-à-dire relativement à la nature des lésions et au mécanisme des accidents, je le reconnais et l'accorde tout le premier. Mais peu nous importe en l'espèce. Elle a pour nous l'avantage de rappeler par un terme expressif et abréviatif un certain ensemble de symptômes par lesquels s'accusent fréquemment les lésions syphilitiques de l'encéphale ; et cela seul suffit à la légitimer à nos yeux.

Cette forme congestive est *excessivement commune*, soit qu'elle se présente seule, qu'elle fasse à elle seule, si je puis ainsi parler, tous les frais d'une syphilis céré-

brale commençante, soit qu'elle se trouve associée à des troubles relevant de telle ou telle autre forme. Elle est commune à ce point qu'elle se rencontre approximativement dans les deux tiers des cas. C'est assez dire l'intérêt qui se rattache à l'étude que nous en devons faire aujourd'hui.

I

Les phénomènes qui composent la forme congestive de la syphilis cérébrale sont nombreux et variés.

Ils se présentent en général suivant deux modes, dont l'un est souvent appelé à continuer l'autre. Ainsi ils consistent tantôt en de simples phénomènes congestifs *fugaces, passagers, transitoires;* et tantôt en un véritable *état congestif habituel,* presque permanent.

Examinons-les sous ces deux formes.

I. Les *phénomènes congestifs passagers* s'observent, à des degrés divers, dans la plupart des cas de syphilis cérébrale. Ils sont constitués principalement par les quatre ordres de troubles suivants :

1° *Étourdissements* et *vertiges.* — Étourdissements, c'est-à-dire accès fugaces de défaillance cérébrale, d'ébranlement cérébral, pendant lesquels une sorte de nuage semble passer devant les yeux et l'intelligence, avec sentiment de perte d'équilibration;

Vertiges, c'est-à-dire étourdissements compliqués de sensation de tournoiement, de balancement, de vacillement, de mobilisation étrange, voire (ce qui est beaucoup plus rare) de renversement des objets environnants, etc.

2° *Troubles des sens*, consistant surtout en ceci : du côté de la vue, obnubilations passagères, éblouissements, vision des objets trouble et confuse ; bluettes lumineuses ; — du côté de l'ouïe, tintements, bourdonnements, sifflements, « cloches ou sonneries dans les oreilles », comme disent les malades, etc.

3° *Troubles subits et fugaces de la motilité*, à savoir :

Balbutiements, hésitations de la langue qui s'embarrasse sur un mot, qui fourche sur une syllabe, comme on dit vulgairement ;

Ébranlements subits de l'équilibre ; sensations passagères de perte d'aplomb. Dans la marche, par exemple, c'est une jambe qui semble faire soudainement défaut, qui se dérobe sous le corps ; d'où faux pas accidentels, défaillances saccadées de l'équilibration, de la locomotion, etc.

4° *Troubles également fugaces de l'intelligence*, caractérisés surtout par ce qu'on appelle l'*éclipse* ou l'*absence*, c'est-à-dire par une suspension momentanée de l'activité mentale et analogue (sauf la fixité du regard et la pâleur subite qui font ici défaut) à quelques formes du petit mal épileptique.

Les malades traduisent ces phénomènes singuliers en disant que par instants « une sorte de voile leur passe sur l'esprit et les rend comme étrangers pendant une ou quelques secondes à ce qui les entoure ». Un de mes clients, par exemple, actuellement affecté d'une hémiplégie d'origine indubitablement syphilitique, me racontait que, pendant les cinq ou six mois qui précédèrent son attaque, il avait été pris plusieurs fois de ces sortes d'absences momentanées. « De temps à autre, me disait-

il, il m'arrivait positivement de ne plus savoir ce que je faisais, ce que je disais ; ma pensée était littéralement suspendue, comme si je n'étais plus *moi;* je perdais absolument de vue ce qui m'occupait au moment même, ce à quoi je pensais, à quoi je travaillais. Cela durait l'espace d'un éclair, puis tout rentrait dans l'ordre aussitôt. »

Remarquez bien, Messieurs, les quatre ordres de phénomènes que je viens de vous signaler, car ils figurent, je vous le répète, dans un très-grand nombre d'observations de syphilis cérébrale. De même que la céphalée dont je vous entretenais dernièrement, ce sont là des phénomènes prodromiques d'une fréquence indéniable. Les étourdissements et les vertiges notamment doivent être signalés comme des symptômes communs, usuels, au début de la syphilis du cerveau.

II. — Dans les premiers temps de la maladie, ces divers phénomènes sont essentiellement transitoires et en outre plus ou moins distancés chronologiquement. D'une part, ils ne font que se produire par instants ; et, d'autre part, ils ne se répètent guère qu'à intervalles de plusieurs mois ou de plusieurs semaines, en laissant l'économie indemne de tout symptôme de ce genre dans le laps de temps qui les sépare.

Mais, plus tard, à mesure que la lésion cérébrale progresse, ils deviennent à la fois plus fréquents et plus intenses. Les étourdissements, par exemple, qui, au début étaient légers et ne se produisaient que de mois en mois, je suppose, s'accentuent comme par degrés et arrivent à se manifester toutes les quinzaines, puis toutes les semaines, plusieurs fois par semaine, quotidiennement, etc.

Et, si la maladie continue, si elle n'est pas enrayée dans sa marche par l'intervention du traitement, il vient un moment où ces accidents congestifs, à force de se répéter, deviennent pour ainsi dire habituels, et créent une sorte d'*état congestif permanent*.

En quoi consiste ce second mode de la forme congestive, mode assurément plus rare que le premier, mais également essentiel à bien connaître?

Les phénomènes qui le composent sont exactement ceux que nous venons de décrire à propos de la forme précédente. Ce sont les mêmes accidents, mais les mêmes accidents exagérés de forme, amplifiés, si je puis ainsi dire, et, de plus, répétés, assidus, constituant un état cérébral *habituel*, qui se caractérise alors de la façon suivante :

1° Tout d'abord, *malaise cérébral constant*, dont les malades se rendent parfaitement compte, et qu'ils traduisent sous des formes diverses. La plupart vous diront qu'ils ont continuellement « la tête prise, la tête embarrassée ». Quelques-uns se plaignent d'éprouver comme une lourdeur continue de la tête, comme une « calotte de plomb » sur le crâne. D'autres accusent inversement la sensation d'une « sorte de vide dans le cerveau », etc. Chez d'autres enfin, ces troubles divers se compliquent d'une céphalée gravative.

Sous telle ou telle de ces formes, le malaise cérébral est évident, et de plus il se révèle d'une façon continue, permanente.

2° En second lieu reparaissent ici les *étourdissements* et les *vertiges*. Mais, d'une part, ils reparaissent plus fréquents, jusqu'à se montrer tous les jours ou même

plusieurs fois par jour; et, d'autre part, ils sont plus accusés, plus intenses. Quand ils se produisent, les malades éprouvent la sensation d'une perte complète d'équilibre, avec vacillement et chute imminente ; ils tomberaient s'ils n'avaient le temps de s'appuyer sur le premier objet qu'ils trouvent à leur portée, de s'accrocher à un meuble, de s'adosser à un mur ; quelquefois même l'étourdissement est si subit et si violent que la chute ne peut être évitée.

Et ce n'est pas tout, car indépendamment de ces étourdissements, de ces vertiges, se produisant par crises isolées, les malades restent sous le coup d'un *état sub-vertigineux habituel*, continu. Sans avoir le vertige à proprement parler, ils semblent être constamment sous la menace du vertige. Ils accusent une espèce de vague cérébral, d'*incertitude cérébrale* qui ne les quitte jamais. « Ils ont toujours, disent-ils, la tête mal assurée; ils ne se sentent jamais maîtres d'eux-mêmes ; » ils se méfient incessamment d'eux-mêmes ; et cette défiance s'accroît encore lorsqu'il s'agit pour eux d'accomplir un exercice nécessitant une certaine précision de mouvements, tel, par exemple, que la descente d'un escalier.

Laissez-moi, à ce sujet, vous citer l'observation d'un de mes malades, qui, affecté aujourd'hui d'accidents cérébraux syphilitiques extrêmement graves (accidents dont je n'ai plus guère espoir de conjurer la terminaison fatale) éprouva au début, et cela pendant plus de deux années, les singuliers phénomènes que voici :

A la suite de plusieurs grands étourdissements qui l'avaient pris à quelques mois d'intervalle, il se plaignait d'un état constant de « vague cérébral » qui lui était des

plus importuns. Il pouvait bien se lever, sortir, aller et venir, monter même à cheval quelquefois ; mais dans tous ses mouvements il se sentait, suivant sa propre expression, *mal équilibré*, et jamais au total il n'était « sûr de lui ». La descente d'un escalier notamment était devenue pour lui « une véritable affaire d'État », une tâche des plus laborieuses, dont il ne venait à bout qu'au prix des plus grands efforts, « en s'accrochant à la rampe, en fermant à demi les yeux, en posant successivement les deux pieds sur la même marche, à la façon des petits enfants ».

En certains cas même, assez rares pour mériter l'épithète d'exceptionnels, la sensation du vertige se répète avec une telle insistance et acquiert une telle intensité qu'elle prédomine sur tous les autres phénomènes et prend le premier pas dans la scène morbide. C'est là une variété symptomatologique que, sans grande exagération, on pourrait presque décrire sous le nom de *forme vertigineuse* de la syphilis cérébrale.

Dans cette forme se rangeraient, comme exemples, les deux cas suivants :

Un malade, que j'eus à traiter en 1876 pour une syphilis cérébrale et une glossite scléreuse, était sujet, entre autres accidents d'origine encéphalique, à des crises de grands vertiges, constituant le phénomène dont il se plaignait le plus. Depuis un an, disait-il, il avait eu au moins une cinquantaine de ces crises, qui le prenaient soit levé, soit assis, soit plus particulièrement encore (détail curieux) *la nuit* et *au lit*. Au moment de ces attaques, il voyait tout osciller, tournoyer autour de lui ; même les yeux fermés, même dans l'obscurité, il sentait

son lit et lui-même emportés dans l'espace « par une sorte de mouvement tourbillonnant ». D'autres fois, les objets extérieurs lui apparaissaient renversés. Ainsi il racontait qu'un jour, saisi de cette étrange sensation au moment où son médecin se trouvait auprès de lui, il vit très-distinctement ledit médecin « la tête en bas et les pieds en haut pendant quelques secondes ». Quelquefois encore, chez ce même malade, les crises de vertige s'accompagnaient de nausées et de vomissements.

Un autre malade, actuellement guéri d'une syphilis cérébrale des plus manifestes (1), est resté sujet pendant six années à des accès de vertige très-intenses, accès qui, à une certaine époque, étaient devenus extrêmement fréquents, jusqu'à se renouveler toutes les semaines, tous les jours, voire plusieurs fois par jour. Ces vertiges étaient parfois assez violents pour s'accompagner de chutes. Ils étaient de plus *polymorphes*, consistant, comme l'expliquait fort bien le malade, tantôt en une crise fugace de perte d'équilibre, avec obnubilation passagère, tantôt en une sensation de tournoiement, de tourbillonnement étrange, tantôt enfin, et cela plus rarement, en un étourdissement subit avec perception renversée des images. « C'est ainsi, disait-il, qu'il m'est arrivé plusieurs fois de voir très-distinctement les becs de gaz danser en rond autour de moi, ou bien encore de voir le sol en haut et le ciel en bas, etc. ». Ces étranges sensations finirent par s'apaiser et disparaître complétement sous l'influence du traitement spécifique, en même temps que les autres symptômes de la maladie.

(1) MM. Charcot et Brachet (d'Aix) se souviendront d'avoir examiné ce malade avec moi.

3° Aux troubles qui précèdent s'ajoutent très-fréquemment, et je puis même dire d'une façon presque constante, d'autres symptômes intéressant les sens spéciaux et parfois aussi la sensibilité générale, à savoir :

A. — *Troubles divers de la vue*, déjà signalés précédemment, mais devenus ici plus intenses, plus répétés et plus durables ; obnubilations passagères ; — mouches volantes ; — perception vague et incertaine des objets pendant quelques instants. Ainsi, par moments (c'est là un symptôme sur lequel insistent beaucoup les malades), les images perdent la netteté de leur contour ; elles ne sont plus perçues que d'une façon indécise, et rappellent alors exactement ce qu'on appelle en terme de photographie une « épreuve *floue* », résultant d'une mise au point défectueuse. — Quelquefois aussi, à une époque plus avancée, l'acuité visuelle s'affaiblit et reste émoussée définitivement.

B. — Du côté de l'ouïe, bourdonnements, tintements, bruissements, sifflements, etc., soit limités à une oreille, soit bilatéraux ; tous symptômes continus, mais s'exaspérant de temps à autre ; — sensations bizarres d'engourdissement, d'amortissement de l'ouïe, « comme si, disent les malades, un bouchon d'ouate oblitérait le conduit auditif, » ou bien « comme si de l'eau était entrée dans une oreille ». — Très-souvent aussi, faiblesse marquée d'une oreille ; diminution plus ou moins notable de la faculté auditive ; véritable *cophose*.

Deux fois seulement j'ai constaté des phénomènes analogues à ceux de la maladie de Ménière, à savoir, bourdonnements, surdité, accès de vertige. — Dans l'un

de ces cas, il existait en outre une hyperacousie douloureuse.

C. — Parfois encore, mais d'une façon bien plus rare, s'observent des troubles de la sensibilité générale, consistant en ceci :

Fourmillements passagers ou même persistants dans une extrémité du corps ;

Phénomènes d'engourdissements locaux, soit transitoires, soit durables, occupant une région limitée, telle que le pied, la main, quelques-uns des doigts. C'est ainsi que certains malades se plaignent de ne plus sentir qu'imparfaitement les objets, de ne plus les sentir, disent-ils, que comme à travers un gant. De même, d'autres racontent qu'il leur arrive de temps à autre de laisser échapper de menus objets qu'ils ont à la main, un crayon ou une plume par exemple, et cela « parce qu'ils les sentent mal du bout des doigts ».

Notons enfin, comme troubles d'un genre différent, certaines *douleurs vagues* se produisant en un point limité du corps, dans un membre, dans l'extrémité d'un membre, douleurs quelquefois assez fixes, d'autres fois mobiles, névralgiformes, plus ou moins persistantes, en tout cas essentiellement sujettes à retours. Que sont de telles douleurs? Quel en est le siége précis ? C'est là ce qu'on ne saurait dire. En raison de leur localisation essentiellement indécise, on les néglige souvent, et l'on se contente de les qualifier à la légère de douleurs rhumatismales, rhumatoïdes, névralgiques, ostéocopes, etc. Je les ai observées trop souvent pour ma part, et toujours dans les mêmes conditions, pour ne pas croire qu'elles soient en relation avec l'affection cérébrale. Toujours est-il que de

telles douleurs se produisent fréquemment comme phénomènes prodromiques ou symptomatiques de lésions cérébrales (1) et qu'elles sont bien loin de faire défaut chez nos malades. Peu remarquées jusqu'à ce jour, elles méritent, je pense, d'être étudiées de plus près, car elles constituent un symptôme qui peut apporter un utile appoint au diagnostic.

En vue d'appeler l'attention sur elles, j'ai proposé de les qualifier du nom de *douleurs cérébrales des membres*, quitte à modifier ce terme le jour où nous serons mieux éclairés sur leur pathogénie véritable.

4° En ce qui concerne la *motilité*, des troubles importants trahissent l'état congestif habituel que nous décrivons actuellement, et ces troubles sont de telle nature, comme vous allez le voir, qu'ils ne sauraient manquer d'éveiller l'attention du médecin, en lui signalant l'existence d'une lésion cérébrale en voie d'élaboration.

Quels sont-ils ? Multiples et variés, ils vont réclamer de nous une description minutieuse.

Ce qu'on observe est ceci :

A. — Tantôt une *faiblesse* et une sorte de *torpeur musculaire* insolites.

(1) Je n'ai jamais vu ces douleurs plus accentuées que sur un jeune homme affecté d'une encéphalo-méningite aiguë qui fut rapidement mortelle. Ce malade, que je traitais avec MM. Charcot et Édouard Labbé, accusait au niveau de la cuisse droite une douleur tellement violente que nous dûmes à plusieurs reprises rechercher si, indépendamment de son affection cérébrale, il ne présentait pas là quelque lésion particulière, telle que abcès profond, périostite, ostéite, etc. Un examen minutieux nous donna la conviction qu'il ne s'agissait de rien de semblable, et la douleur resta pour nous inexpliquée comme localisation et comme pathogénie. N'était-ce pas là une de ces douleurs d'origine cérébrale dont il vient d'être question? J'incline fort à le penser, pour ma part.

La motilité, précisons-le bien tout d'abord, est intacte, en ce sens que le libre exercice de tous les mouvements physiologiques reste conservé. Mais elle est affectée à ce point de vue que les fonctions musculaires sont en quelque sorte alanguies, asthéniées, défaillantes. Les malades ressentent et accusent une diminution plus ou moins notable de leurs forces. Ils marchent moins, ils sont « paresseux à marcher »; ils résistent moins au travail, à la fatigue; ils éprouvent une lassitude, une *courbature* rapide, au moindre exercice qui autrefois eût été insignifiant pour eux; « leurs jambes ne les portent plus, répètent-ils sans cesse; ils ont des jambes en coton, etc ».

B. — Viennent en second lieu ces *défaillances musculaires subites* que nous avons déjà signalées précédemment. C'est, par exemple, un membre qui, dans la marche, fléchit et s'affaisse soudain. Ou bien encore, dans la station, il se produit de temps à autre des pertes instantanées d'équilibre, d'aplomb, par le fait du relâchement brusque d'un muscle ou d'un système musculaire. De là des ébranlements subits du corps, des titubations, des oscillations, des faux pas, etc.

Ces éclairs de défaillance musculaire peuvent n'être pas remarqués tout d'abord, tant ils sont fugaces. Mais, après un certain temps, ils finissent par frapper les malades qui, s'ils ne les accusent pas toujours spontanément pour la raison qu'ils y attachent peu d'importance, ne manquent pas de les signaler quand ils y sont invités par le médecin.

C. — Notons en troisième lieu le *défaut de précision des mouvements*. Tous les mouvements, je le répète encore, sont libres et peuvent être exécutés par les mala-

des; mais ils ne sont qu'imparfaits au point de vue de la précision, de la correction, de la mesure.

Exemples : tel malade vous racontera qu'en se promenant il lui arrive parfois de « manquer le trottoir ». Voulant mettre le pied sur le trottoir, il le pose à côté, dans le ruisseau.

Tel autre, marchant d'une façon correcte dans les rues, éprouvera une certaine indécision dès qu'il marchera dans un appartement, sur un parquet ciré, c'est-à-dire dans des conditions qui exigent un degré supérieur de précision musculaire.

Pour une raison facile à concevoir, c'est surtout dans les membres inférieurs, chargés du poids du corps, que ces incorrections de la puissance musculaire sont particulièrement faciles à surprendre. Elles communiquent à la marche une allure quelque peu spéciale, assez analogue à celle du premier degré de l'ivresse, et qu'on pourrait en conséquence qualifier d'*incertitude ébrieuse*. Les malades, en général tout au moins, ont parfaitement conscience de tels symptômes, notamment de cette sorte d'ébriété musculaire, et plusieurs même la traduisent *sponte sua* en disant : « Il est des instants où je marche comme un homme ivre. » — Un de mes clients affecté de la sorte m'écrivait ceci : « Je n'ose plus sortir dans ma petite ville de province, où tout se remarque, où tout se commente. Un de ces jours derniers, j'ai trébuché plusieurs fois ; on m'a vu, paraît-il, et de bonnes langues ont dit que j'étais ivre. »

Des troubles de même ordre s'observent également dans les membres supérieurs.

Ainsi un malade, que je traite actuellement pour des accidents multiples de syphilis cérébrale, éprouve dans

un bras (le bras droit) des phénomènes très-curieux, et en somme tout à fait identiques à ceux que je viens de vous décrire. Quand il essaie, par exemple, de se toucher le nez avec un doigt de la main droite, ce doigt tombe souvent *à côté*, sur la joue ; ou bien, dans un mouvement exagéré, il vient *frapper* plutôt que toucher le point prescrit. De même, quand il mange, au lieu de porter simplement la cuiller à ses lèvres, il lui arrive quelquefois de se l'enfoncer profondément dans la bouche, etc. Et cependant ce malade conserve toute sa puissance musculaire ; il serre avec force de la main droite ; il écrit même assez correctement.

Il va sans dire qu'en raison de ce défaut de précision musculaire certains malades ne peuvent plus écrire que d'une façon plus ou moins défectueuse. Tel était le cas d'un jeune avocat que j'ai soigné avec mon collègue et ami le docteur Millard pour des troubles de l'ordre que nous étudions actuellement. Prié de nous donner un spécimen de son écriture, il traça devant nous les quelques lignes suivantes, qui trahissent d'une façon bien manifeste les hésitations, l'embarras de son système musculaire :

Monsieur,

Je suis tombé
malade il y a six mois

Du côté de la *langue*, des troubles de même ordre se traduisent par des hésitations de la parole, des balbutiements, qui, rares au début, deviennent plus tard de plus en plus fréquents. — Parfois aussi cet organe éprouve une gêne plus persistante, qui atteste un trouble cérébral plus marqué. C'est ainsi que de temps à autre les malades conservent la parole embarrassée pendant quelques minutes, quelques heures, voire deux ou trois jours. Puis tout rentre dans l'ordre, jusqu'à une nouvelle attaque du même genre.

Il n'est pas jusqu'aux *muscles de la vie organique* sur lesquels ne retentisse l'état cérébral que nous étudions.

Ainsi, rien de plus commun qu'un certain degré d'*inertie intestinale*, se manifestant par une constipation plus ou moins persistante et rebelle.

De même la miction est souvent troublée par une paresse évidente de la *vessie*. Les malades n'urinent plus qu'avec une certaine difficulté ; leur jet est moins plein, moins lancé ; ils sont forcés de « pousser » pour vider leur vessie, et d'attendre un certain temps le départ de l'urine.

Souvent aussi la miction est entrecoupée d'arrêts et ne s'accomplit qu'*en plusieurs actes*. En tout cas, l'évacuation vésicale reste incomplète ; et de là, naturellement, des sollicitations plus fréquentes à la miction. Aussi nombre de malades, affectés de pareils symptômes, se croient-ils atteints soit d'une maladie de la vessie, soit d'un rétrécissement de l'urètre ; et même il n'est pas très-rare que des erreurs diagnostiques soient commises en ce sens à leur sujet.

Notez, je vous prie, Messieurs, ce dernier point,

digne d'attention. Soit dit incidemment, il est très-positif qu'un grand nombre d'affections cérébrales ou médullaires (spécifiques ou non) débutent par des troubles vésicaux, lesquels peuvent donner le change sur leur origine et simuler des maladies locales, alors qu'elles relèvent d'une cause essentiellement différente.

5° *Les fonctions intellectuelles* sont au diapason des autres modalités de l'innervation cérébrale.

C'est dire que, sans être abolie ni pervertie, tout en restant maîtresse d'elle-même, l'intelligence se montre comme engourdie, voilée, sous le coup d'une sorte de torpeur continue.

Le malade est bien *compos sui ;* il jouit bien encore de ses facultés mentales, mais il n'a plus la même acuité de conception et d'imagination, la même lucidité, la même puissance de réflexion, de jugement, de discernement. Il supporte mal la tension d'esprit, il tolère mal un travail intellectuel quelque peu prolongé. Sa mémoire et sa faculté d'attention sont émoussées dans des proportions notables. Par instants, il est sujet à des obnubilations, des absences, « comme si un nuage lui passait devant l'esprit ». Il se plaint d'une sorte de « vide dans le cerveau »; bref, il ressent et il accuse sous des formes diverses une véritable infériorité intellectuelle.

C'est là, je m'en souviens, ce qu'exprimait fort bien un de mes clients, grand travailleur, gérant autrefois et s'obstinant à gérer, malgré sa maladie, un cabinet d'affaires des plus achalandés de Paris. « Je ne suis plus le même homme, me répétait-il à chacune de mes visites ; moi qui brassais des affaires par centaines et qui en avais présents à l'esprit les moindres détails, je ne suis

plus capable aujourd'hui de diriger mon étude. Je commets des oublis, des confusions, des erreurs, des âneries; il me faut un quart d'heure pour écrire une lettre qui m'aurait demandé deux minutes autrefois ; ma pauvre tête s'en va, et je me sens toujours comme si j'avais trop dîné ou trop bu, avec un cerveau paresseux, fatigué, alourdi. »

Cet état dont les malades se rendent souvent compte — mais qui échappe cependant à un certain nombre — n'est pas, vous le comprenez bien, sans retentir habituellement sur leur caractère. Aussi, les voit-on devenir, par degrés, soucieux, maussades, moroses, préoccupés, taciturnes, apathiques, défiants d'eux-mêmes, timorés, engourdis, comme aussi, par instants, excitables, irascibles, emportés, violents.

6° Ajoutons enfin, comme dernier trait à ce tableau, une diminution parallèle de la *puissance virile* (moins de désirs avec plus de difficultés pour y satisfaire), et nous aurons l'ensemble à peu près complet des symptômes constituant l'état de congestion habituelle dont j'avais à vous faire la description.

II

De tels phénomènes, inutile de le dire, attestent un état cérébral grave, se reliant à des lésions qui, d'un jour à l'autre, devront nécessairement aboutir à des manifestations plus sérieuses.

C'est là, en effet, ce qui a lieu. Et les symptômes que nous venons de passer en revue ne constituent en quel-

que sorte qu'un *prologue*, après lequel va s'engager l'action véritable. Il en est donc de la forme congestive comme de la forme céphalalgique, que je vous décrivais dans notre dernière conférence. L'une et l'autre sont des préludes, qui témoignent d'une élaboration sourde de lésions cérébrales à marche chronique, lésions fatalement destinées à se révéler tôt ou tard par des troubles moins indécis, plus accentués et plus graves.

Quels vont être ces troubles consécutifs? C'est là ce qu'il me reste actuellement à vous faire connaître.

Au point où nous en sommes, tout est possible comme phénomènes *ultérieurs*. Et, en effet, tous les accidents, toutes les formes qu'est susceptible de présenter la syphilis cérébrale, ont fréquemment pour prélude les symptômes d'ordre congestif, passagers ou permanents, que nous venons d'examiner.

Il est donc possible que, consécutivement à ces symptômes, on voie se produire soit des accès d'*épilepsie*, tels que je vous les décrirai bientôt, soit des crises d'*aphasie*, soit des *troubles intellectuels* variés, soit enfin des phénomènes *paralytiques*. Ne faisons, pour l'instant, que signaler ces divers accidents qui nous occuperont longuement en temps et lieu, et bornons-nous seulement à remarquer que, de la sorte, la forme congestive se trouve fréquemment associée, comme prologue, à diverses autres formes plus avancées, plus tardives, de la syphilis cérébrale.

Mais il est possible aussi — et cela seul nous intéresse quant à présent — que la forme congestive se continue, se prolonge pour un temps variable avec ses symptômes

propres, avec son allure propre ; ou même que, tout en empruntant quelques phénomènes aux formes voisines, elle conserve pour un temps sa physionomie, son individualité, par le fait de la prédominance de ses manifestations particulières.

En d'autres termes, après s'être annoncée par des symptômes d'ordre congestif, la syphilis cérébrale se confirme parfois dans cette forme, en affectant dans une phase ultérieure le même type de déterminations morbides.

Dans ce cas, qui est loin d'être rare, la symptomatologie de l'affection se continue par l'ordre de manifestations que nous avons étudiées jusqu'ici. Mais, en plus, il s'y ajoute généralement, à une étape plus ou moins avancée, divers autres phénomènes témoignant déjà d'un état cérébral plus grave. Parmi ces phénomènes nouveaux, composant ce qu'on pourrait appeler les accidents successifs ou secondaires de la forme congestive, figurent surtout deux groupes de symptômes dont je ne vous ai pas encore parlé et qui méritent actuellement toute notre attention. Ce sont, d'une part, les *paralysies avortées*, et, d'autre part, les *ictus congestifs*.

Voyons aussitôt et avec grand soin ce en quoi consistent ces deux ordres importants de manifestations.

I. — Les paralysies que j'appelle AVORTÉES méritent à double titre cette qualification : d'abord parce qu'elles ne portent qu'une faible atteinte à la fonction musculaire ; et, en second lieu, parce qu'elles sont de nature essentiellement fugace, transitoire, éphémère.

Ces paralysies avortées constituent un des symptômes les plus fréquents et les plus curieux de la syphilis

cérébrale. Vous les verrez prendre place dans un très-grand nombre d'observations. Et elles ne laissent pas de communiquer à la maladie une allure, une physionomie quelque peu particulière.

En quoi consistent-elles comme accidents paralytiques?

1° Tout d'abord, ce sont, règle presque absolue, des *paralysies partielles*, circonscrites. Ainsi il est assez fréquent dans la syphilis cérébrale, à la suite de troubles d'ordre congestif, de voir surgir divers phénomènes paralytiques, se rattachant à tel ou tel des types suivants :

Paralysie de la *troisième paire ;* — pouvant même n'affecter que partiellement la troisième paire, et consister uniquement en un *strabisme*, un *ptosis*, une *mydriase ;*

Paralysie de la *sixième paire ;*

Hémiplégie faciale, également partielle en général ;

Paralysie de la *langue ;*

Monoplégies, etc.

Parfois même (cela, il est vrai, n'est plus qu'exceptionnel) ces paralysies peuvent être plus restreintes encore comme étendue, et n'affecter par exemple que l'extrémité d'un membre, la main, quelques doigts de la main, un seul doigt. On a cité des cas de ce genre (1); mais ne les prenez, je vous le répète, que pour ce qu'ils sont, à savoir des raretés, des curiosités pathologiques.

Inversement, ces paralysies sont quelquefois plus étendues, comme lorsqu'elles affectent le type hémiplégique. Mais presque toujours, alors, elles ne constituent

(1) V. Broadbent, *The Lancet*, 1874.

que des hémiplégies partielles, limitées à tel ou tel segment d'une moitié du corps.

Ainsi donc, caractère *partiel* de ces paralysies, voilà un premier attribut nettement établi.

2° Ce sont, en second lieu, des paralysies remarquablement *incomplètes*, comme degré d'atteinte portée à la puissance motrice.

Cela veut dire qu'elles consistent tout au plus en des *parésies*. Parfois même ces parésies sont si faiblement accentuées qu'elles mériteraient presque mieux le nom d'engourdissements locaux, d'atonies locales des forces musculaires.

Jamais les parties affectées par les troubles de ce genre ne sont, à vrai dire, privées de mouvement. Elles sont simplement gênées, embarrassées, lourdes, paresseuses, malhabiles, et rien de plus. Est-ce la main, par exemple, qui se trouve intéressée? elle reste capable de saisir, de serrer avec une certaine force ; mais elle se montre maladroite pour un travail délicat, exigeant une dextérité réelle. C'est ainsi qu'un de mes clients, caissier dans une maison de banque, se plaignait à moi de ne pouvoir plus compter l'argent qu'il était appelé à recevoir ; par instants, il lui arrivait de laisser glisser les pièces de monnaie entre ses doigts (1).

3° Ce sont, enfin, des paralysies *passagères, transitoires*.

Tantôt apparues sourdement, sans bruit, sans fracas,

(1) A l'œil, il est vrai, les paralysies de ce genre sont plus apparentes et semblent plus accentuées qu'ailleurs. Mais là, comme chacun le sait, existe un antagonisme musculaire qui exagère toute débilité relative, en la constituant à l'état de trouble fonctionnel permanent.

à la façon d'un simple phénomène épisodique de la forme congestive, et tantôt au contraire consécutives à l'un de ces ictus congestifs dont nous allons parler dans un instant, ces paralysies sont très-généralement remarquables, dans l'un et l'autre cas, par leur peu de durée.

Elles peuvent n'exister que pendant quelques instants, et alors elles se bornent à une simple atonie musculaire essentiellement transitoire. — Plus habituellement elles persistent au moins quelques heures. — Souvent encore on les voit se prolonger plusieurs jours. — Toujours est-il qu'elles ont pour caractère constant de se dissiper à brève échéance.

Tel malade, par exemple, éprouve pendant quelques heures un embarras plus ou moins accentué de la langue ; il parle mal ; il scande les mots ; il estropie quelques syllabes ; puis tout cela disparaît.

Tel autre reste affecté de diplopie pendant un, deux ou trois jours ; puis la vision normale se rétablit.

Un de mes clients s'aperçoit tout à coup, à la chasse, qu'il ne peut plus tenir son fusil du bras gauche. Effrayé, il rentre chez lui, se couche, s'endort, puis se réveille guéri.

Ainsi donc, d'une part, paralysies incomplètes, s'élevant à peine au degré de simples parésies ; — et d'autre part paralysies transitoires, éphémères. N'est-ce pas là, Messieurs, un ordre de phénomènes témoignant, pour ainsi dire, d'une sorte de *molimen paralytique avorté ?* Et de telles paralysies ne méritent-elles pas à tous égards la dénomination sous laquelle je vous les ai présentées ?

Eh bien ! Messieurs, notez avec soin ces paralysies

avortées en tant que symptômes fréquents de syphilis cérébrale. Sans doute je ne vous dirai pas que les paralysies de ce mode constituent un signe certain, pathognomonique, de syphilis; car vous me répondriez aussitôt et avec très-juste raison que des phénomènes identiques ne laissent pas de se produire dans d'autres affections absolument étrangères à la vérole. Mais je vous dirai — ce qui est l'exacte vérité — que ces paralysies avortées sont *plus communes*, bien plus communes, dans la syphilis du cerveau que dans toute autre affection cérébrale. Conséquemment, si elles n'attestent pas d'une façon certaine une cause, une origine syphilitique, du moins sont-elles bien faites pour éveiller l'attention vers la syphilis, pour diriger en ce sens les investigations du médecin. Aussi, en nombre de cas, ont-elles fourni un élément des plus utiles au diagnostic différentiel.

II. — Le second ordre de phénomènes par lesquels se continue souvent la forme congestive est constitué, comme je vous l'ai dit, par des symptômes d'un tout autre genre, je veux parler des *ictus congestifs*.

Ces ictus congestifs consistent en des accès de résolution soudaine des puissances musculaires, déterminant la perte d'équilibre, l'affaissement, la chute, et s'accompagnant de sensations d'étourdissement, d'obnubilation passagère, avec ou sans perte de connaissance.

Ils sont de deux ordres qu'on peut qualifier ainsi :

Ictus résolutifs ;

Ictus apoplectiformes.

1° Les premiers, *ictus résolutifs*, sont caractérisés,

ainsi que leur nom l'indique, par la résolution pure et simple des forces musculaires, sans atteinte portée à la connaissance, c'est-à-dire avec perception conservée des choses extérieures.

Dans cette première forme, l'individu surpris se sent fléchir sur lui-même, s'affaisse, et tomberait, s'il n'avait le temps de s'accrocher à un objet voisin ou de se jeter sur un siége. Cet anéantissement subit des forces s'accompagne presque toujours d'un certain vague de l'esprit, d'une obnubilation transitoire, d'une sueur froide qui couvre le visage et le corps, avec sentiment de défaillance générale, «comme si la vie allait s'éteindre». Mais la connaissance, bien que voilée quelques instants, n'est pas perdue ; elle persiste tout le temps de la crise, dont le malade se rend parfaitement compte et dont il conservera même un souvenir précis.

La crise qui constitue cet ictus est toute passagère. Au bout de quelques instants, le malade revient à lui, se relève, reprend possession de ses forces ; et tout est dit.

Les ictus de cette nature, purement résolutifs, sont loin d'être rares dans la syphilis cérébrale. On les observe chez nombre de malades, comme phénomènes prodromiques d'accidents plus graves, notamment de l'hémiplégie.

2° Un degré de plus dans l'intensité des phénomènes nous conduit à des attaques d'un autre genre, constituant l'*ictus apoplectiforme*. Celui-ci ne consiste plus seulement dans une résolution pure et simple du système musculaire ; il consiste en outre dans une abolition soudaine de la connaissance, dans une suspension plus ou moins prolongée de toutes les perceptions extérieures.

Le sujet frappé de cette variété d'ictus tombe subitement et brutalement, comme le bœuf frappé de la massue ; et il tombe privé à la fois de connaissance, de mouvement et de sensibilité. C'est là en un mot la forme d'attaque vulgairement connue sous le nom de *coup de sang* ou d'*apoplexie*.

Cette seconde variété n'est pas moins commune que la précédente dans le cours de la syphilis cérébrale à forme congestive.

A quelque variété qu'elles appartiennent, ces crises congestives sous forme d'ictus comportent une gravité évidente. Plus qu'aucun autre phénomène, elles témoignent d'une lésion intéressant le cerveau et devant presque fatalement aboutir un jour ou l'autre aux conséquences les plus sérieuses.

Il se peut bien qu'elles ne soient pas immédiatement graves, c'est-à-dire qu'elles ne laissent à leur suite aucun phénomène actuel de caractère alarmant. Tel est le cas usuel avec l'ictus purement congestif, qui se termine en général sans accidents ; tandis que l'ictus apoplectiforme, au contraire, est le plus souvent suivi de symptômes paralytiques d'intensité et de durée variables, ainsi que nous le verrons dans un instant.

Mais, si elles peuvent n'être pas immédiatement graves, ces crises ne manquent guère de le devenir à un moment donné. Elles le deviennent même nécessairement, fatalement ; et cela, par le seul fait de leur reproduction. C'est qu'en effet, il faut bien le savoir, elles sont éminemment sujettes à *récidives*. Les récidives de ces ictus congestifs ne constituent pas des accidents éventuels et seulement possibles de l'évolution morbide;

elles sont dans l'essence même des choses, elles font partie intégrante d'un processus à phases déterminées et prévues; elles se produisent parce qu'elles sont appelées, incitées à se produire par les progrès naturels des lésions encéphaliques.

Or, qu'arrive-t-il en l'espèce? C'est que telle ou telle de ces crises ultérieures entraîne à sa suite des phénomènes de *paralysie*, exactement comme nous voyons des phénomènes de cet ordre succéder tôt ou tard aux ictus congestifs du ramollissement vulgaire.

Des *phénomènes de* PARALYSIE, voilà en effet quel est l'aboutissant normal, habituel, des crises congestives que nous avons décrites sous le nom d'ictus ; voilà quelle en est la conséquence ordinaire, presque fatale, si le traitement ne vient pas enrayer l'évolution des accidents. Et voilà aussi quel est le dénouement usuel, le dénouement par excellence, de la forme de syphilis cérébrale à laquelle nous avons donné le nom de congestive.

Si bien que, résumant et envisageant d'ensemble tout le processus symptomatologique qui précède, nous pourrions dire ceci :

La forme congestive, qu'affecte fréquemment la syphilis cérébrale à ses débuts, se compose, comme évolution habituelle, d'une série de phénomènes se distribuant en trois stades successifs, de la façon suivante :

1er stade : *Phénomènes congestifs*, transitoires ou habituels ;

2e stade : *Ictus congestifs ;*

3e stade : *Paralysies.*

Prenez la peine, Messieurs, de parcourir les observa-

tions contenues dans les monographies, dans les recueils spéciaux, et vous en trouverez un très-grand nombre où les choses auront marché de la sorte, c'est-à-dire où vous verrez des malades : 1° débuter dans la syphilis cérébrale par des étourdissements, des vertiges, des troubles fugaces ou quelque peu durables du mouvement, de l'intelligence et des sens ; — 2° puis, plus tard, présenter des crises résolutives ou apoplectiformes du genre de celles qui constituent les ictus dont je vous parlais à l'instant ; — 3° finalement, aboutir à la paralysie.

Donc, je le répète encore, Messieurs, la *paralysie*, sous n'importe quelle forme, est le terme naturel et habituel des accidents congestifs que nous venons d'étudier.

III

Puisqu'il en est ainsi, insistons encore sur cette transition de la forme congestive à la forme paralytique (dont j'aurai d'ailleurs à vous entretenir ultérieurement en détail), et voyons comment s'établit le passage de l'une à l'autre.

Les paralysies qui succèdent aux ictus congestifs ne sont pas toutes d'ordre identique (sans parler de leur étendue et de leur siége) comme importance et comme gravité actuelle, immédiate.

Trois cas se présentent et méritent d'être signalés séparément :

1° Tantôt ce qu'on observe à la suite de ces ictus consiste simplement en cet ordre de *paralysies avortées*, à la fois incomplètes et éphémères, que nous avons décrites précédemment. Dans cet ordre de cas, on voit, consécuti-

vement à la crise, le malade rester affecté en un ou plusieurs points de troubles musculaires qui se bornent à une simple faiblesse locale, sans autres phénomènes plus importants. Puis ces troubles s'effacent et disparaissent hâtivement dans l'espace de quelques jours, à la façon de ces paralysies post-épileptiques qui succèdent à une crise comitiale pour s'évanouir à brève échéance.

Les faits de ce genre sont si communs qu'il serait vraiment superflu d'en citer aucun d'une façon particulière. Vous en avez sûrement observé; en tout cas, vous en trouverez partout de nombreux exemples.

2° Tantôt les paralysies consécutives à l'ictus congestif sont déjà *plus durables*. Elles ne s'effacent plus d'un jour à l'autre; elles persistent un certain temps.

L'invasion de ces paralysies plus persistantes coïncide presque invariablement avec une aggravation notable des phénomènes congestifs antérieurs. C'est dire qu'avec elles surgit, en général, un ensemble de manifestations plus accentuées et plus alarmantes qu'avant l'attaque, consistant surtout en ceci : malaise cérébral assidu; fatigue et lourdeur de tête; paresse intellectuelle; sorte d'obnubilation de l'esprit; état vertigineux presque habituel; indécision musculaire générale; torpeur de tout l'être, etc.

J'ai observé récemment un exemple si complet de ce genre que je ne puis résister au désir de vous le signaler. Il renferme d'ailleurs toute une série de détails qui vous feront repasser sur nature en quelque sorte les divers phénomènes dont il vient d'être question.

Consécutivement à des crises de céphalée intense et à des accidents congestifs divers, un malade, ancienne-

ment syphilitique, est pris soudainement d'un ictus résolutif sans perte de connaissance. Causant affaires, en pleine lucidité d'esprit, il se sent subitement comme anéanti, « terrassé, frappé d'un coup de massue, » tout en conservant néanmoins possession de lui-même. Effrayé, il fait effort pour se lever, retombe sur sa chaise et s'accroche à son bureau pour ne pas rouler à terre. Mandé aussitôt près de lui, je le trouve étendu sur un canapé, la face très-pâle, le regard effaré. Il essaie de me raconter lui-même ce qu'il appelle « son attaque »; mais il est encore tellement étourdi qu'il ne peut lever la tête ni la bouger, ni même faire un geste en parlant, sans être pris de nausées et d'efforts de vomissements, avec sensation de complète défaillance. Je l'examine et constate (non sans surprise) l'existence de plusieurs paralysies, paralysies la plupart assez incomplètes pour avoir échappé soit au malade même, soit aux assistants, à savoir :

1° Paralysie faciale droite (œil droit plus largement ouvert; déviation à peine appréciable, presque douteuse, de la commissure labiale du même côté);

2° Paralysie d'une moitié du voile palatin (voile dévié et abaissé latéralement d'une façon très-manifeste; déglutition gênée; régurgitation nasale des boissons);

3° Parésie hémiplégique gauche, très-incomplète, au point de laisser presque intacte la liberté des mouvements;

4° Enfin, paralysie de la sensibilité dans toute l'étendue de la moitié gauche de la face. C'était là, chose curieuse, le symptôme dont le malade était le plus vivement impressionné, celui sur lequel il ne cessait d'appeler anxieusement mon attention.

Or, à parler seulement de ce qui intéresse notre sujet actuel, que devinrent ces nouveaux symptômes, résultats immédiats d'un ictus congestif?

Pour les paralysies d'abord, elles persistèrent plusieurs semaines, et ne cédèrent qu'à un traitement spécifique énergiquement conduit. De plus, pendant plusieurs semaines, le malade resta en proie à une sensation continue de « vague cérébral » et d'étourdissement des plus intenses. Dans les premiers temps, il ne pouvait bouger la tête sur son oreiller sans être immédiatement repris de vertiges, avec nausées et vomissements. Plus tard, quand il commença à se lever, il ne se soutenait qu'à grand'peine, et cela, non pas (comme il le remarquait lui-même) en raison d'une faiblesse des jambes, mais en raison de cet état singulier d'*incertitude cérébrale* qui le faisait osciller en tous sens. « La tête, disait-il, lui tournait sans cesse, et c'était elle qui emportait le corps ». Aussi ne parvenait-il à se tenir debout qu'en écartant fortement les jambes, de façon à élargir le plus possible sa base de sustentation, et en s'étayant en avant sur l'appui d'une canne.

Plus tard encore, quand il put marcher, il offrait exactement la démarche et l'allure d'un homme ivre, faisant des écarts, se balançant latéralement, effleurant les murs, décrivant des zigzags, etc.

Si bien que, pour qualifier cet état de vague et de tournoiement cérébral, consécutif à certains ictus de la forme congestive, on ne trouverait pas, je crois, de dénomination mieux appropriée que celle d'*incertitude ébrieuse*.

3° Enfin, après les paralysies avortées et les paralysies

plus durables, mentionnons comme un résultat fréquent des ictus congestifs en question les paralysies *permanentes, définitives;* — permanentes et définitives, bien entendu, eu égard seulement à leur tendance propre, et réserves faites pour l'influence que le traitement peut exercer sur elles; — malheureusement aussi, permanentes et définitives quelquefois en dépit de tout effort thérapeutique.

Les paralysies de cet ordre, comme nous le verrons plus tard, sont variables de siége et d'étendue. Mais dès à présent nous pouvons dire qu'il en est une qui, par sa fréquence et son importance, domine toutes les autres; et celle-ci, vous l'avez nommée à l'avance, c'est l'HÉMIPLÉGIE. Ne faisons que la mentionner à sa place pour l'instant; nous aurons à en parler avec détails dans ce qui va suivre.

Comme dans le cas précédent, il est de règle que l'invasion de ces paralysies de forme grave soit marquée par une exacerbation, une aggravation plus ou moins intense des phénomènes congestifs antérieurs. Cette aggravation est même assez notable en nombre de cas pour constituer véritablement une scène pathologique nouvelle, que nous aurons à étudier en temps et lieu.

Telle est, Messieurs, la série morbide, et telle est aussi la chronologie habituelle des accidents qui composent la forme dite congestive de la syphilis cérébrale.

IV

D'après ce qui précède et dans ce qu'on peut appeler la marche usuelle de la forme congestive, les accidents apoplectiformes dont nous venons de parler ont pour habitude de n'entrer en scène, si je puis ainsi dire, qu'à un stade plus ou moins avancé de l'affection. Ils marchent à l'arrière, précédés comme avant-coureurs de ces troubles morbides variés dont je viens de vous entretenir. Quand ils se produisent, ils sont donc en quelque sorte préparés, annoncés, prévus ; ils ne surprennent pas ; tout médecin sagace en aurait pu prédire l'invasion imminente ou possible.

Ainsi procède en effet la maladie, et telle est ce qu'on peut appeler la règle. Cette règle néanmoins n'est pas inflexible, invariable. Elle souffre quelques exceptions ; exceptions rares, très-rares même, mais non moins essentielles à connaître, car il s'y rattache, comme vous allez en juger, un intérêt pratique vraiment considérable.

Voici ce dont il s'agit :

Au lieu de se produire à terme plus ou moins éloigné, il n'est pas impossible que les accidents apoplectiformes, comateux, de la syphilis cérébrale fassent invasion de bonne heure et d'une façon tout à fait prématurée. Au lieu d'avoir pour antécédents, pour préludes, une longue série de troubles importants et variés, il n'est pas impossible qu'ils apparaissent brusquement et de la façon la plus inattendue, soit précédés seulement à faible distance chronologique par quelques symptômes plus ou moins sérieux, soit même en l'absence de tout sym-

ptôme antérieur alarmant, de nature à présager une imminence morbide aussi redoutable.

Cette invasion précoce et imprévue de symptômes d'une haute gravité, dès les débuts ou dans les premiers temps de la maladie, constitue dans l'espèce une véritable *malignité*. Et, n'était la crainte de multiplier les formes déjà si nombreuses de la syphilis cérébrale, je serais presque tenté d'en créer une nouvelle sous le nom de *forme maligne* ou *pernicieuse*, pour y donner place aux accidents dont il s'agit et mieux appeler sur eux l'attention des cliniciens. Mais n'importe au surplus la question de formes et de dénominations ; voyons seulement quels phénomènes sont en cause ici.

Il est positif qu'en plusieurs cas on a vu des accidents de coma et de coma profond, persistant, menaçant la vie à brève échéance, se manifester d'une façon aussi rapide qu'inattendue consécutivement à quelques symptômes de l'ordre de ceux qui constituent la phase initiale de la forme congestive.

Tel fut le cas, par exemple, d'un malade observé par MM. Trousseau et Lasègue, lequel, à la suite de quelques accès de céphalée et de troubles visuels, fut pris rapidement de cécité complète et tomba en même temps dans un état comateux profond, de nature à inspirer les plus vives alarmes (1).

De même, dans un cas observé par moi, cas dont je vous parlerai tout à l'heure en détail, un coma profond et persistant se produisit chez un jeune malade à la suite de quelques prodromes très-courts et très-

(1) V. Zambaco, ouvrage cité, p. 499.

légers, consistant uniquement en une sensation de malaise général, avec lourdeur de tête et quelques troubles de la vision.

Un accident aussi grave que le coma, venant à faire de la sorte explosion en pleine santé, soudainement, sans avant-coureurs, tout au moins sans symptômes antécédents de gravité proportionnelle, n'est-ce pas là, Messieurs, un fait des plus surprenants? Eh bien! ce fait imprévu, presque incroyable, la syphilis le réalise quelquefois, et c'est là ce qu'il est très-essentiel d'enregistrer pour la pratique. J'ajouterai que c'est là un fait encore très-peu connu, sur lequel je n'ai commencé à appeler l'attention que dans ces dernières années et qui n'a été le sujet jusqu'ici (à ma connaissance tout au moins) que d'un seul travail intéressant (1).

En tant que symptôme, le coma dont il s'agit ici ne diffère pas, bien entendu, de ce qu'est tout autre coma de cause vulgaire. Il ne présente et ne saurait présenter rien de spécial. Ici comme ailleurs, comme toujours, il consiste simplement en ceci :

État d'immobilité complète et de sommeil apparent ; — résolution absolue des puissances musculaires, sans paralysie ; — abolition de la connaissance ; — facies inexpressif, comme stupéfié ; — sensibilité engourdie, mais non éteinte, réagissant par un léger mouvement sous l'influence d'une excitation douloureuse ; — rétention ou émission involontaire de l'urine et des matières fécales ; — respiration normale ou suspirieuse, quel-

(1) *De la syphilis cérébrale tertiaire avec accidents comateux sidérants*, par le docteur Maurice Mercier. (Thèses de Paris, 1875.)

quefois stertoreuse par instants, etc.; — du reste, tous actes de la vie organique se continuant d'une façon régulière.

Établi d'une façon brusque, presque *sidérante*, ce coma se continue au delà sans modifications bien notables. Il reste ce qu'il est, et cela non pas seulement quelques heures, mais plusieurs jours.

Que deviendrait-il, comment se terminerait-il, s'il était abandonné à lui-même, s'il n'était pas modifié dans son évolution ou réprimé dans sa cause organique par l'intervention du traitement? C'est là ce qu'il serait encore difficile, impossible même, de préciser rigoureusement dans l'état actuel de nos connaissances, vu le petit nombre d'observations dont nous disposons encore. Toujours est-il que ce coma constitue sans contredit un accident des plus graves, susceptible de mettre la vie en péril à courte échéance. La nature même du symptôme suffit à en attester la gravité. Et, d'ailleurs, on possède déjà plusieurs cas dans lesquels on a vu des malades affectés de phénomènes de ce genre succomber rapidement, sans avoir repris un seul instant possession d'eux-mêmes.

C'est assez dire si ce coma *précoce* de la syphilis cérébrale comporte un pronostic des plus sérieux et crée un danger imminent. Eh bien! ici encore, le traitement spécifique offre un recours inestimable contre une perspective aussi alarmante. Il n'est pas impossible, en effet, qu'intervenant à temps et d'une façon énergique le médecin parvienne à maîtriser de tels accidents et à sauver une situation presque désespérée. De cela témoignent

déjà plusieurs observations contenues dans la science. C'est ainsi, par exemple, que, dans le cas précité de MM. Trousseau et Lasègue, l'administration du calomel et de l'iodure détermina « comme par enchantement » un amendement rapide des phénomènes, le retour de la connaissance au bout de huit jours, le rétablissement des facultés visuelles, et enfin la guérison complète après deux mois.

De même, dans le cas qui m'est personnel, une énergique administration de l'iodure de potassium dissipa en quelques jours les accidents comateux, accidents qui, abandonnés à leur évolution propre, se fussent presque infailliblement terminés par la mort, je crois être en droit de l'affirmer.

Donc, en pareille occurrence, le salut du malade peut être au prix d'une intervention immédiate et suffisamment active du traitement spécifique. Cela ne fait pas l'ombre d'un doute.

Or, et c'est là le point essentiellement pratique sur lequel je tiens à appeler votre attention, représentez-vous bien, Messieurs, quelle situation particulièrement dangereuse crée au malade, dans l'espèce, ce coma subit, inattendu.

Il s'agit ici d'un accident de forme sidérante, qui terrasse, qui assomme du coup le malade, si je puis ainsi parler, et qui du coup le rend incapable (ai-je à le dire?) de diriger le diagnostic du médecin. Supposez donc que le médecin ignore les antécédents spécifiques du malade, qu'il n'ait à recueillir, à ce point de vue, aucune lumière, aucun témoignage des personnes présentes; supposez, par exemple, un malade de ce genre apporté dans une

salle d'hôpital, puis abandonné là sans renseignements, et jugez de ce qui peut, de ce qui doit presque nécessairement advenir en pareille situation. La conséquence est nette. Ignorant la syphilis comme antécédent, le médecin ne sera pas conduit à prescrire le traitement spécifique ; et, le seul traitement qui aurait eu chance de sauver le malade restant inappliqué, inutile de dire quelle sera ou pourra être la terminaison.

De là, Messieurs, cette règle pratique :

Un cas de coma étant donné, *songer toujours à la syphilis comme cause possible de ce coma*, et rechercher soigneusement tous les vestiges, tous les indices d'une syphilis antérieure, en vue de ne pas laisser perdre au malade le bénéfice d'un traitement d'où sa vie peut dépendre.

Que si le médecin ignore les antécédents du malade, c'est affaire à lui de s'éclairer sur le compte de la syphilis par tous les moyens possibles, par un examen minutieux, par un inventaire complet de tous les organes. Il est possible en effet qu'un tel examen révèle quelque lésion, quelque stigmate d'une diathèse ancienne ; et alors quel trait de lumière ! Là peut être le salut du malade. C'est ce qu'attestent déjà plusieurs observations. Exemple la suivante, qu'en raison de l'intérêt considérable qui se rattache à la question je me ferai un devoir de vous citer avec détails.

J'étais encore jeune médecin quand, un soir, je suis mandé pour visiter en toute hâte un malade qu'on disait être « à l'article de la mort ». J'accours, et je trouve un pauvre garçon de vingt et quelques années étendu sur son lit sans connaissance, dans un état de coma

profond, identique à celui que je vous décrivais tout à l'heure. De renseignements, peu ou point. Ce jeune homme vivait seul, et sa concierge qui lui servait de femme de ménage racontait seulement que « depuis quelques jours il semblait mal à l'aise, tout en ayant du reste continué ses occupations ; qu'il mangeait peu ; qu'il paraissait triste, et qu'il se plaignait d'un léger affaiblissement des yeux ». La veille au soir, il était rentré comme d'habitude. Le matin, lorsqu'elle était montée dans sa chambre, cette femme l'avait trouvé « dormant » ; revenue vers midi, elle l'avait de même trouvé « dormant toujours ». C'est alors seulement qu'elle commença à s'inquiéter ; à plusieurs reprises, elle essaya, mais vainement, de le réveiller. Elle attendit ainsi jusqu'au soir ; puis enfin, tout à fait effrayée et croyant à un « coup de sang », elle se décida à requérir un médecin.

De quoi pouvait-il s'agir? Examen fait, le coma était des plus évidents; mais à quelle cause le rapporter? Plus qu'embarrassé, très-perplexe, je me mis à interroger les divers organes, pour trouver une raison quelconque à de tels symptômes. Je cherchais en vain depuis longtemps quand un des testicules me frappa par son volume. Je le palpai aussitôt et le trouvai gros, fortement induré, irrégulier, noueux, etc. Nul doute, ce testicule était affecté de syphilis ; sans contradiction possible, c'était un sarcocèle syphilitique que j'avais sous la main.

N'était-ce pas là une révélation? En tout cas, ne trouvant aucune cause à laquelle je pusse rattacher le singulier et dangereux état du malade, je me décidai à tenter ce qu'il y avait de plus rationnel, c'est-à-dire à prescrire une forte dose d'iodure, avec quelques révulsifs cutanés ;

et je me retirai, ne pensant guère avoir à revenir le lendemain.

Le lendemain, cependant, je risque une seconde visite, m'attendant bien à ce que la concierge me barrerait le passage pour m'annoncer une triste nouvelle. Pas du tout. Le malade n'était pas mort, et son état n'avait même pas empiré. C'était déjà presque un succès. Je reprends espoir et recommande de continuer l'administration de l'iodure.

Le surlendemain, je retrouve le malade commençant à sortir de son état comateux. Il ouvre les yeux; il répond à quelques-unes de mes questions; il me renseigne tant bien que mal sur ses antécédents syphilitiques, qui remontaient à plusieurs années. Inutile de dire si je continue le traitement de plus belle; et je porte la dose quotidienne d'iodure à 6 grammes.

Bref, une amélioration surprenante se produit les jours suivants, et tous les accidents se dissipent en quelques semaines.

A quoi donc, dans ce cas, le malade a-t-il dû sa guérison? A son sarcocèle, qui me mit sur la piste du diagnostic et me révéla le *seul* traitement qui, dans l'espèce, pût avoir chance de succès. Sans ce bienheureux sarcocèle, je crois pouvoir dire que le pauvre garçon était perdu.

Résumons-nous et disons :

1° Il est incontestable que la syphilis cérébrale peut aboutir d'une façon prématurée, soudaine et absolument inattendue, à des accidents comateux des plus graves; et cela, sans que l'imminence de semblables accidents ait été rendue probable par des phénomènes précurseurs

importants. *Un coma subit et profond peut être un des premiers symptômes de la syphilis cérébrale.* Cela est rare, très-rare assurément ; mais cela est.

2° Ce coma, que j'appellerai *sidérant* ou *malin*, pour mieux attirer l'attention sur lui, peut être justiciable du traitement spécifique.

3° Donc, comme conséquence pratique, un cas de coma soudain étant donné, il y a toujours lieu de *songer à la syphilis comme cause possible de ce coma*, et de rechercher par tous les modes d'investigation si le malade est ou n'est pas en puissance de syphilis.

4° Et alors, la syphilis étant démontrée comme antécédent, l'indication formelle (sauf contre-indications particulières, et en l'absence de toute autre cause à laquelle ce coma reste plus rationnellement imputable), l'indication formelle, dis-je, est de *prescrire le traitement spécifique*, et de le prescrire d'une façon énergiquement active, proportionnée à l'imminence et à la gravité du péril à conjurer.

SIXIÈME ET SEPTIÈME LEÇONS

III. — FORME CONVULSIVE OU ÉPILEPTIQUE

(ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE TERTIAIRE)

I. Fréquence des accidents épileptiques dans la syphilis cérébrale. — Raison de cette fréquence.

II. Formes cliniques de l'épilepsie d'origine spécifique. — Elles ne sont autres que celles de l'épilepsie vulgaire. — Forme de *grand mal*. — Forme de *petit mal*.

III. Invasion. — Comment et à quelle époque les phénomènes épileptiques prennent-ils place dans la syphilis cérébrale ? — Invasion sous forme de symptômes isolés. — Invasion sous forme de symptômes associés. — Épilepsie initiale ; épilepsie plus tardive ; épilepsie terminale, ultime. — Il n'est pas impossible qu'une crise épileptique soit le premier symptôme d'une syphilis cérébrale.

Prodromes habituels : troubles congestifs ; — troubles de santé générale ; — céphalée. — Importance de la céphalée comme phénomène prémonitoire.

IV. Évolution ultérieure. — Trois points résument cette évolution :

1° Succession, à intervalles variés, d'accidents identiques ou analogues. — Échéances des attaques ultérieures. — Attaques d'abord espacées, puis se rapprochant de plus en plus. — Phénomènes précurseurs des crises : prodromes prochains ; — prodromes immédiats. — Auras.

2° La forme épileptique de la syphilis cérébrale se compose à son début et reste composée pour un certain temps d'accidents de caractère convulsif, sans mélange, sans association d'autres phénomènes. — De là, confusion fréquente de l'épilepsie syphilitique avec l'épilepsie vulgaire. — Cette forme purement épileptique peut-elle se prolonger ?

3° Modification de la scène morbide : I. Association aux crises convulsives des symptômes propres au *petit mal :* épilepsie musculaire circonscrite, vertiges, absences, impulsions soudaines, délire comitial, etc. — II. Invasion de *troubles cérébraux* d'ordre différent. —

1° Troubles congestifs. — 2° Troubles intellectuels et moraux. — Atteinte spéciale portée à la mémoire : amnésie progressive; amnésie par saccades. — abaissement progressif de l'intelligence. — Hébétude. — Démence terminale. — 3° Troubles moteurs : parésies initiales. — Paralysies consécutives. — Types divers. — Fréquence du type hémiplégique.

Altération parallèle de l'état général. — Cachexie cérébrale.

Messieurs,

Nous allons aborder aujourd'hui l'histoire d'une des formes les plus importantes de la syphilis cérébrale, la forme *convulsive* ou *épileptique*.

Voici, je suppose, un sujet adulte, âgé de 30 à 40 ans, qui, *pour la première fois de sa vie*, vient d'être pris d'une crise typique d'épilepsie. Dans le cours d'une santé en apparence parfaite, il a été sidéré, soit chez lui, soit en pleine rue ; il est tombé à la renverse, sans connaissance; puis aussitôt ses membres et tout son corps ont été saisis de convulsions violentes, d'abord toniques, ensuite cloniques; au delà, il est resté un certain temps dans un état de stertor apoplectiforme, la face pâle et la bouche écumante. Après quoi, il s'est réveillé, bien portant d'ailleurs, mais ne conservant aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Que signifient de tels phénomènes? Quelle cause a déterminé une crise de ce genre ?

Eh bien! Messieurs, avant tout interrogatoire, avant tout examen, vous pourriez presque préjuger, soupçonner tout au moins la raison, le pourquoi de cette crise. Car, si les choses se sont passées comme je viens de le dire, vous avez huit ou neuf chances sur dix pour que la syphilis soit cause des accidents en question.

Et pourquoi ?

Pour les deux très-simples et très-valables raisons que voici :

1° Parce que l'épilepsie essentielle, l'épilepsie vraie, *ne fait jamais son premier début à l'âge adulte, à l'âge mûr*. Il est extraordinaire, presque inouï, qu'elle attende pour se révéler la trentième ou la quarantième année. Elle apparaît dans l'enfance ou l'adoléscence ; telle est la règle, telle est la loi à laquelle on ne pourrait opposer, je crois, qu'un bien petit nombre d'exceptions authentiques. Pour ma part, je déclare n'avoir jamais rencontré un seul cas d'épilepsie *essentielle* s'étant produite pour la première fois dans la période moyenne de la vie, non plus qu'au delà.

2° Parce que, de toutes les causes susceptibles de produire l'épilepsie symptomatique sur un sujet en bon état de santé apparente, la plus fréquente à coup sûr est la vérole. Huit ou neuf fois sur dix, c'est la vérole qui, dans ces conditions particulières, sert de cause à l'épilepsie.

Donc, si un homme adulte, au-dessus de 30, 35 à 40 ans, vient à être pris pour la première fois d'une crise épileptique, et cela dans le cours d'une bonne santé apparente, il y a, je vous le répète, huit ou neuf chances sur dix pour que cette épilepsie soit d'origine syphilitique.

Voilà, Messieurs, un grand fait, un fait considérable, dirai-je, comme importance pratique ; — fait assurément signalé de vieille date, mais resté toujours effacé, laissé dans l'ombre, injustement négligé et remis seulement en lumière depuis une quinzaine d'années environ; — fait, ajouterai-je encore, vulgaire et notoire en certains pays (en Angleterre, par exemple, et aux États-

Unis, où ont été publiés la plupart des travaux relatifs au sujet qui nous occupe), moins accepté en France, moins estimé parmi nous à sa juste valeur. De cela permettez-moi de juger par mon expérience personnelle. Plusieurs fois il m'est arrivé en pratique d'avoir à formuler devant des confrères le diagnostic d'épilepsie syphilitique, et plus d'une fois j'ai vu ce diagnostic n'être accueilli qu'avec réserve, qu'avec défaveur, qu'avec défiance, comme si j'avais émis une nouveauté paradoxale ou extraordinaire (1).

Et cependant, Messieurs, cette épilepsie syphilitique est un symptôme aussi formel, aussi authentique que possible, de la diathèse. En tant que manifestation spécifique, elle est attestée aujourd'hui par quantité d'observations irrécusables. C'est là ce dont j'espère vous convaincre par l'exposé qui va suivre.

I

Affirmons tout d'abord la *fréquence* du symptôme ou du syndrome épilepsie dans la syphilis.

De par les connaissances actuellement acquises, il n'est pas douteux que l'épilepsie soit un symptôme fré-

(1) Ceci était écrit en 1873. (*De l'épilepsie syphilitique tertiaire*, leçon professée par le Dr Alfred Fournier, recueillie par F. Dreyfous, et publiée dans l'*Union médicale.*) — J'aurais mauvaise grâce à ne pas reconnaître que, depuis cette époque, on a commencé parmi nous à se familiariser avec cette épilepsie syphilitique, qui rencontre aujourd'hui moins d'incrédulité et de défaveur. Cet heureux résultat est dû, je pense, aux divers travaux qui, depuis lors, ont été publiés en France, peut-être aux miens, mais plus sûrement à ceux de M. le professeur Charcot que nous aurons à mettre à profit plus d'une fois dans ce qui va suivre.

quent, très-fréquent, de syphilis cérébrale. C'est ce dont témoignent de nombreuses observations éparses dans les recueils, les monographies, les journaux français et étrangers. L'épilepsie syphilitique est un symptôme que, pour ma part, je déclare rencontrer soit à l'hôpital, soit en ville, d'une façon commune, presque courante.

Cette fréquence, d'ailleurs, trouve une explication plausible dans une particularité que vous connaissez déjà, Messieurs, par ce qui précède. C'est qu'en effet la syphilis cérébrale, ainsi que je vous l'ai répété tant de fois à propos de l'anatomie pathologique, est surtout une maladie à *lésions périphériques*, *corticales*, une maladie affectant de préférence l'écorce du cerveau, c'est-à-dire intéressant avec une prédilection marquée (par un processus primitif ou secondaire, peu importe) la *substance grise* des circonvolutions. Or il est actuellement démontré que cette substance grise, alors qu'elle subit une excitation morbide, a grande tendance à traduire l'excitation reçue par des convulsions épileptiformes ou épileptiques. C'est là un fait qu'ont mis en lumière les belles expériences de David Ferrier, expériences bien connues de tous aujourd'hui et qu'il me suffira de signaler (1). Ajoutons que, d'ailleurs, ce fait expérimental a été pleinement confirmé dans ces derniers temps par de nombreuses observations cliniques.

Sans doute, il n'est pas que les lésions corticales de l'encéphale qui soient susceptibles de déterminer, dans la syphilis, des accidents épileptiques. Ainsi que nous

(1) V. *Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales*, par David Ferrier, traduction de H. Duret. Paris, 1874.

aurons l'occasion de le voir au courant de cet exposé, des accidents de même forme se produisent parfois à propos de lésions affectant d'autres siéges, à propos de lésions profondes, par exemple. Mais, à coup sûr aussi, les cas de ce dernier genre tiennent une place infiniment moindre dans l'anatomie pathologique de l'épilepsie spéciale dont nous parlons ici, que ceux où cette épilepsie dérive d'altérations superficielles, corticales, de l'encéphale. Aussi, d'après ce que j'ai vu, ai-je été amené à croire depuis longtemps que *les lésions les plus habituelles de l'épilepsie syphilitique résident dans les enveloppes du cerveau et dans la substance grise*. Telle est également l'opinion de M. le professeur Charcot qui tout récemment, dans une publication des plus intéressantes, écrivait ceci : « Les lésions de la pachyméningite gommeuse circonscrite, avec participation des membranes sous-jacentes, paraissent être le substratum anatomique le plus habituel de l'épilepsie syphilitique partielle, etc. (1). »

II

Sous quelles formes cliniques se présente l'épilepsie dans la syphilis cérébrale ?

Nul doute, Messieurs, que, comme tout le monde, vous n'ayez entendu formuler cette proposition qui, pour

(1) *Progrès médical*, 1877, page 68. — Voir aussi l'ouvrage de M. Gonzalez Echeverria (*On epilepsy*, New-York, 1870), où se trouvent deux magnifiques planches relatives à des lésions corticales du cerveau observées sur un sujet syphilitique qui avait présenté de nombreuses crises d'épilepsie.

ma part, m'a été objectée bien des fois : « Ce dont on parle comme épilepsie syphilitique n'est pas une épilepsie *vraie;* ce n'est et ce ne peut être qu'une *fausse* épilepsie. »

Que veut dire cela? Quel est le sens, quelle est la portée de cette proposition?

Entendons-nous bien ici sur les termes, Messieurs, et ne nous laissons pas abuser par une question de mots, car les confusions de mots ne conduisent que trop souvent à la confusion des choses.

Oui, sans doute, l'épilepsie qu'on observe dans la syphilis est différente comme nature, comme entité morbide, de l'épilepsie véritable, de l'épilepsie spontanée, primitive, de cette épilepsie essentielle et pure, que, ces derniers jours encore, devant l'Académie, M. le professeur Lasègue s'efforçait de séparer des autres maladies épileptiformes, et pour laquelle il revendiquait une individualité propre, exempte de tout mélange (1). Oui, certainement, l'épilepsie vraie n'est pas celle que détermine parfois la syphilis; et un épileptique *de naissance* ne saurait jamais être assimilé à un malade syphilitique venant à présenter accidentellement, de par la syphilis, quelques crises d'épilepsie.

Cela est incontestable, et généralement, je crois, incontesté.

Mais de là, Messieurs, n'allez pas vous laisser entraîner à conclure, avec certains médecins, que les phénomènes épileptiques de la syphilis soient d'une forme clinique essentiellement différente de l'épilepsie vraie. N'allez pas croire que cette épilepsie spécifique n'affecte

(1) *Bulletins de l'Académie de médecine,* 1877.

avec l'épilepsie vraie, en tant que symptômes, en tant qu'expressions morbides, que des rapports lointains ou des « analogies forcées ». Cela serait une erreur, et une erreur grave.

Non, l'épilepsie syphilitique, cliniquement, n'est pas si différente qu'on veut bien le dire de l'épilepsie vulgaire. Tout au contraire elle s'en rapproche étrangement. Elle en reproduit les symptômes, les crises, les manifestations diverses; et elle les reproduit si fidèlement, d'une façon si frappante, si complète, qu'étant donné au hasard un mode quelconque de cette épilepsie syphilitique, ce mode ne saurait être différencié cliniquement, rien que par ses attributs objectifs, du mode correspondant de l'épilepsie vraie. Je m'explique par un exemple.

Voici, je suppose, deux malades couchés au voisinage l'un de l'autre dans une salle d'hôpital, et présentant au même moment une crise épileptique de forme convulsive, la crise vulgaire du grand mal. L'un de ces malades est un épileptique vrai, tandis que l'autre n'est qu'un syphilitique, accidentellement affecté d'une crise d'épilepsie par le fait d'une lésion cérébrale spécifique.

Or un médecin, ne connaissant en rien les antécédents, l'histoire de ces deux malades, se trouve là, à point nommé, pour assister à cette double scène. Il voit les deux crises; il peut les comparer de part et d'autre, les observer *ab ovo ad finem*, les étudier dans leurs moindres détails.

Eh bien ! ce médecin, de par ce qu'il aura vu, constaté, pourra-t-il se faire une opinion et poser un diagnostic différentiel? Pourra-t-il dire, par exemple : « Le

malade de gauche est un épileptique vrai, par excellence; — et le malade de droite est un épileptique accidentel, par syphilis ou par toute autre raison, peu importe; mais ce n'est pas un véritable épileptique » ?

Non, ce médecin ne pourra pas se prononcer de la sorte, quelles que soient d'ailleurs son expérience et son habileté. Il ne le pourra pas; car, à ne considérer que les phénomènes apparents, les symptômes de la crise, il ne sera conduit qu'à reconnaître entre les deux malades une identité presque absolue de caractères. Sans doute, instruit et expert en la matière, comme nous l'avons supposé, il parviendra peut-être à saisir de part et d'autre quelques nuances, quelques particularités délicates dont je vous entretiendrai plus tard. Mais, de par le seul spectacle des deux crises, il n'arrivera jamais à colliger une somme suffisante de réelles différences pour se permettre d'instituer un diagnostic formel, pour distinguer à coup sûr, pertinemment, l'attaque de fausse épilepsie de l'attaque d'épilepsie vraie.

Et, de même, ce médecin resterait dans une égale incertitude, si, au lieu d'accès convulsifs du grand mal, nous soumettions en parallèle à son jugement deux crises d'une autre forme, comme par exemple, d'une part, une crise du *petit mal* vulgaire, et, d'autre part, une crise du *petit mal* syphilitique.

Donc, en somme, cette *fausse* épilepsie syphilitique se rapproche assez de l'épilepsie *vraie* pour qu'il soit cliniquement impossible de l'en différencier par ses seuls attributs objectifs. Ce ne sont pas de simples phénomènes épileptoïdes que la syphilis est capable de produire; ce sont, bel et bien, *quant à leur modalité apparente*, des phénomènes véritablement épileptiques. En

un mot, à ne l'envisager qu'au point de vue clinique, objectif, l'épilepsie syphilitique est une épilepsie *vraie* dans toute la force du terme, tant elle affecte de ressemblance avec l'épilepsie digne de ce nom. — C'est là un point, Messieurs, dont il importe que vous soyez bien convaincus dès le début de cet exposé.

Et, en effet, pour en venir actuellement aux détails, qu'observe-t-on comme phénomènes épileptiques dans la syphilis cérébrale?

Ce qu'on y observe répond, trait pour trait, aux crises, aux attaques, aux symptômes variés qui constituent l'épilepsie essentielle. Nous allons y trouver :

D'une part, les attaques convulsives, à grand fracas, connues sous le nom de *grand mal;*

Et, d'autre part, les manifestations non convulsives, plus calmes, du *petit mal.*

Précisons.

I. — La première de ces formes (*grand mal*) est de beaucoup la plus commune. Comme symptômes, elle se rapproche à tous égards de l'épilepsie vulgaire. A tous égards, je le répète, elle rappelle ou peut rappeler l'attaque épileptique commune de forme convulsive, ce qui me permettra d'en esquisser seulement la description à grands traits.

D'abord, mêmes phénomènes constitutifs de la crise : début instantané; sidération, chute avec perte de connaissance; — convulsions toniques initiales, de courte durée; — puis convulsions cloniques, plus durables; — distorsion de la face; écume à la bouche; — morsure de la langue; — et finalement stertor apoplectique.

En second lieu, mêmes phénomènes consécutifs à

l'attaque : d'une part, retour rapide à la connaissance ; — d'autre part, légère hébétude à la suite de la crise : troubles passagers dans les idées, diminution légère et transitoire de la mémoire ; — enfin, certain degré de nervosisme, d'excitabilité nerveuse, dans les quelques jours suivants.

II. — De même, et non moins exactement, le *petit mal* syphilitique reproduit avec une fidélité frappante le petit mal vulgaire. Comme ce dernier, il est susceptible de formes symptomatologiques éminemment variées, consistant en tels ou tels accidents que voici : vertiges soudains et éphémères ; sensation instantanée de tournoiement, de tourbillonnement ; — absences ; — accès subits de faiblesse, de défaillance, sortes de fausses syncopes avortées ; — parfois, accès de tremblement, ou bien spasmes subits de certains muscles, avec tiraillements, distorsions, crampes, trépidation musculaire, etc. ; — plus rarement, explosion soudaine d'une douleur intense en un point circonscrit, douleur également remarquable par ce double fait qu'elle atteint d'emblée, en un instant, une acuité excessive et qu'elle disparaît brusquement, comme elle était venue ; — plus rarement encore, et même exceptionnellement, impulsions soudaines, irrésistibles ; crises inconscientes de fureur, de violences, cessant aussi rapidement qu'elles sont apparues et constituant ce qu'on a appelé le délire comitial, etc., etc. — Sans parler encore d'autres formes plus vagues, à sensations profondes, viscérales, qu'il est difficile ou plutôt impossible de localiser.

Ces phénomènes, qui constituent le *petit mal*, peu-

vent se produire seuls, isolément, surtout dans les périodes initiales de l'affection. Dans un stade plus avancé, presque toujours, comme nous le verrons, ils s'associent aux crises du *grand mal*, en alternant avec elles.

Tel est le tableau sommaire des phénomènes que nous allons rencontrer dans l'épilepsie syphilitique ; et encore une fois, Messieurs, vous voyez que ces phénomènes, à ne les considérer qu'au point de vue clinique, sont exactement ceux qui constituent l'épilepsie la plus vulgaire.

III

Comment et à quelle époque les phénomènes épileptiques prennent-ils place dans la syphilis cérébrale?

Il se peut que ces phénomènes apparaissent dans la syphilis cérébrale comme symptômes *isolés*, non associés à d'autres déterminations contemporaines. C'est-à-dire il est possible qu'à un moment donné, qu'à une certaine période de la syphilis cérébrale, ce qu'on observe se borne purement et simplement à des symptômes d'ordre épileptique.

Cela est assez rare. Et cela surtout ne s'observe que dans un temps limité, par exemple *au début* même de l'affection, comme nous le verrons dans un instant.

Le plus habituellement, au contraire, les symptômes épileptiques prennent place dans la syphilis cérébrale à côté de symptômes d'un autre ordre, en compagnie

d'accidents congestifs, d'accidents paralytiques, ou bien de désordres plus ou moins prononcés des facultés intellectuelles, etc. Alors ils font partie d'un tout; ils sont éléments d'un *ensemble* morbide, constitué par une certaine somme de troubles divers. — C'est là, et de beaucoup, je le répète, le cas le plus commun.

En second lieu, les phénomènes épileptiques se manifestent, dans le cours de la syphilis cérébrale, à des époques variées. Ainsi :

1° Tantôt ils constituent des symptômes absolument *initiaux*. Rien alors ne les précède; ils ouvrent la scène, pour ainsi dire, d'emblée et sans prologue.

2° Tantôt, au contraire, ce sont des symptômes plus tardifs. Déjà, depuis plus ou moins longtemps, la syphilis cérébrale s'est affirmée et confirmée par des manifestations non équivoques, lorsqu'ils apparaissent pour la première fois. Ils ne prennent plus rang, alors, dans l'ensemble morbide qu'au titre de phénomènes *consécutifs*.

Tel a été, par exemple, le cas d'un malade que vous avez pu observer dans nos salles l'année dernière. Cet homme commença par éprouver divers symptômes d'ordre congestif, relevant de la forme que nous avons étudiée précédemment, à savoir : malaise cérébral vague, obnubilations passagères, vertiges, troubles multiples de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence. Plus tard, il fut pris trois fois de crises identiques à celles que nous avons qualifiées du nom d'*ictus résolutifs*, puis une fois d'un véritable ictus apoplectiforme. A cette époque, il se traita, mais négligemment, incomplétement. Les symptômes néanmoins s'atténuèrent. Puis, après deux

ans de répit, apparurent des attaques épileptiques, lesquelles, d'abord espacées, se succédèrent ensuite à courte échéance et décidèrent le malade à venir réclamer nos soins.

3° Enfin, les phénomènes épileptiques peuvent n'apparaître qu'à une époque *ultime* de l'affection, comme accidents presque terminaux. C'est ainsi qu'il existe un certain nombre d'observations dans lesquelles on a vu des malades parcourir toutes les étapes de la syphilis cérébrale sans rien présenter d'épileptique, puis être pris tout à coup, à une époque voisine du dénouement fatal, de violentes crises d'épilepsie convulsive, crises le plus habituellement alors répétées, rapprochées, quelquefois même subintrantes.

Rappelez-vous, comme exemple du genre, l'un de nos malades de la salle Saint-Louis, qui, après avoir épuisé presque toute la série des accidents cérébraux syphilitiques, hormis ceux d'ordre comitial, succomba dans des crises épileptiques de la dernière violence. Ces crises n'apparurent chez lui pour la première fois que trois jours avant la mort.

Pour l'instant, laissons de côté les deux derniers ordres de cas dont il vient d'être question ; et, puisque nous traitons ici des formes initiales de la syphilis cérébrale, occupons-nous seulement des cas où l'épilepsie se déclare comme phénomène de début, tout au moins de ceux où elle figure dans les premiers temps de l'affection.

L'épilepsie est commune en tant que phénomène précoce de syphilis cérébrale. C'est là un fait indiscutable, qu'attestent aujourd'hui de très-nombreuses observations.

Il est possible même qu'elle se présente comme *premier phénomène*, comme symptôme ouvrant la scène, comme symptôme antérieur aux moindres troubles pouvant permettre au médecin de prévoir l'invasion d'accidents cérébraux.

Ainsi il est des cas où l'on a vu la syphilis cérébrale s'annoncer brutalement à son début par une crise convulsive de forme franchement épileptique, crise surprenant le malade en plein état de santé, sans avant-coureurs, sans phénomènes prémonitoires d'aucun genre.

Exemple : Un homme jeune encore, jouissant en apparence d'une santé excellente, tombe un jour frappé brusquement d'une attaque de haut mal. Il est renversé subitement, sidéré ; il se débat dans des convulsions violentes ; il écume et se mord la langue ; puis il s'endort profondément d'un lourd sommeil ; finalement, il se réveille en bon état, complétement guéri d'apparence, et ne conservant aucun souvenir, aucune notion de ce qui vient de se produire.

Ses parents, et lui-même aussi, n'accordent que peu d'importance à cette crise, qu'ils mettent sur le compte de « la chaleur, d'une fausse digestion », ou de toute autre circonstance aussi insignifiante qu'il leur plaît d'invoquer.

Mais, six semaines après, survient une autre crise, en tout semblable à la première, et bientôt suivie d'autres attaques toujours identiques. Plus tard se produisent des accidents multiples, ne pouvant laisser le moindre doute sur l'existence d'une syphilis cérébrale. Le malade succombe, et l'autopsie révèle, comme on s'y attendait, les lésions syphilitiques les plus patentes.

Ici donc, vous le voyez, l'épilepsie a véritablement

ouvert la scène. Elle a été par excellence le symptôme initial, symptôme non précédé d'aucun autre ; car à maintes reprises, dans le cas précité, j'ai soigneusement examiné, interrogé le malade, en vue de savoir si sa première crise épileptique n'avait pas été précédée de tels ou tels phénomènes, et jamais je n'ai obtenu de lui que des réponses formellement négatives.

De même, il me serait facile, Messieurs, de vous citer plusieurs observations dans lesquelles la syphilis cérébrale a débuté, débuté réellement, dans toute l'acception du mot, par d'autres symptômes d'ordre épileptique. Il n'est pas à nier que, dans un certain nombre de cas, l'invasion de la diathèse dans le cerveau se fasse originairement par des manifestations du genre de celles qui constituent le *petit mal*, c'est-à-dire par des vertiges, des absences, des spasmes musculaires, des impulsions soudaines, des troubles psychiques variés d'ordre comitial, etc., etc.

Interrogez à ce propos un de nos malades actuels, couché au n° 19 de la salle Saint-Louis ; il vous racontera que le début de sa maladie a été marqué par une série de « petites crises », comme il les appelle, consistant simplement en ceci : douleur soudaine apparaissant dans un membre et s'irradiant ensuite dans toute la moitié correspondante du corps ; crampes musculaires ; vertiges, bruissements d'oreilles et obnubilation passagère de la connaissance.

Mais si de tels faits sont possibles et avérés, ils sont loin de constituer la règle. Tout au contraire, ils sont relativement peu communs ; et, quand on analyse de près l'évolution clinique de la syphilis cérébrale à forme

épileptique, on constate que le plus souvent les phénomènes d'épilepsie, quelque forme d'ailleurs qu'ils affectent originairement, sont précédés à distance variable par tels ou tels autres phénomènes qui leur servent de *prodromes*.

Quels sont ces prodromes ?

Variables d'intensité, ils consistent le plus souvent (sans parler de la céphalée à laquelle je réserve une mention spéciale) en des troubles d'ordre *congestif*, tels que : malaise cérébral vague; — lourdeur de tête; — tendance au sommeil; — aptitude moindre aux travaux de l'esprit ; — lassitude, diminution des forces, fatigue musculaire, etc.

Fréquemment encore, l'invasion des phénomènes épileptiques est précédée par un *trouble notable de la santé générale :* pâleur du visage, décoloration des téguments, expression de langueur sur la physionomie et dans l'habitude extérieure, diminution d'appétit, amaigrissement, etc., tous phénomènes qu'aucune lésion viscérale, aucune cause saisissable ne vient expliquer. Remarquez bien, Messieurs, je vous prie, ces troubles généraux dont je ne vous parle ici que pour la première fois, mais sur lesquels j'aurai à revenir bien souvent. Ce sont là des phénomènes qui, dans bon nombre de cas, accompagnent la syphilis cérébrale à ses débuts et qui constituent ce qu'on a appelé l'*anémie cérébrale* (comprenez : de *provenance cérébrale*); dénomination qui, si elle n'exposait pas à une erreur de mots, serait parfaitement juste à mon gré, car l'espèce d'anémie qu'elle caractérise se rattache certainement comme origine aux troubles des centres nerveux.

Ce qu'il y a de curieux dans cette anémie cérébrale.

c'est qu'elle s'établit parfois et se confirme d'une façon très-rapide, très-précoce, par rapport aux symptômes d'un autre genre. De la sorte, il n'est pas étonnant qu'elle précède parfois les phénomènes d'épilepsie.

Souvent encore, notons ceci, elle est plus manifeste, plus appréciable pour les personnes qui entourent le malade que pour le malade lui-même. Celui-ci ne s'en aperçoit pas, ne s'en plaint pas, ne l'accuse même pas à une époque où d'autres troubles le conduisent à consulter, tandis que ses parents, ses amis en avertissent le médecin, en disant que depuis un certain temps déjà le malade « a changé, qu'il n'est plus le même, qu'il a pâli et maigri, que sa physionomie s'est altérée, etc. »

Dans plusieurs cas sur lesquels j'ai conservé des notes très-précises, je vois que cette apparence de langueur et d'anémie avait vivement frappé l'entourage des malades *avant l'invasion des phénomènes d'épilepsie*. A ce propos, par exemple, le frère d'un de mes clients actuels m'écrivait ceci récemment : « Plusieurs semaines, plusieurs mois peut-être, avant la première crise convulsive qu'a éprouvée mon frère, j'avais remarqué une modification notable dans sa physionomie, son teint, ses allures, ses manières. Il ne se disait pas malade, et cependant je sentais bien déjà qu'il *couvait quelque chose*. »

Mais, de tous les prodromes des accidents épileptiques, le plus commun, le plus marqué, le plus significatif, celui qui devrait le mieux tenir en garde les malades contre une imminence morbide, c'est à coup sûr la *céphalée*.

La céphalée figure dans un très-grand nombre de cas comme antécédent de l'épilepsie syphilitique.

Elle la précède souvent de plusieurs semaines, de plusieurs mois, voire d'une année.

Cette *céphalée prémonitoire* est remarquable à plusieurs titres. Elle est remarquable d'abord par sa persistance ou par ses retours fréquents; — en second lieu, par son intensité, souvent extrême et presque caractéristique; — par sa tendance fréquente aux exacerbations vespérines ou nocturnes; — quelquefois encore par sa circonscription, sa localisation en un point limité, fixe, spécialement vers l'une des régions temporo-pariétales (nous aurons l'occasion de revenir plus tard sur cette dernière particularité).

Malheureusement, en dépit de ces caractères, certes bien faits pour attirer l'attention, la céphalée prodromique dont nous parlons ici est souvent méconnue, méconnue soit comme nature, soit comme importance. En nombre de cas elle est taxée de simple « migraine » ou de « névralgie » par les malades, qui n'y prêtent pas alors l'attention qu'elle mérite et ne s'en préoccupent qu'au titre d'un symptôme nerveux plus ou moins importun, mais sans gravité. De cela vous jugez le résultat ultérieur. D'autres fois, la céphalée est reconnue comme nature, mais soumise seulement à de *faibles* doses de mercure et d'iodure, doses suffisantes pour soulager, pour dissiper même le symptôme douleur, insuffisantes pour réprimer les lésions épileptogènes en élaboration. Et alors qu'arrive-t-il ? C'est que, le mal de tête disparu, l'épilepsie ne se produit pas moins, en pleine période de santé apparente et de sécurité. Ce dernier point est trop essentiel, il a une importance pratique trop considérable, pour que je

ne le signale pas immédiatement à toute votre attention. Au surplus, en voici un exemple clinique qui pourra, mieux que toutes paroles, le graver dans vos esprits.

Un malade, que je traite actuellement avec M. le professeur Charcot pour des accidents intenses d'épilepsie syphilitique, est resté sujet, pendant toute l'année qui a précédé ces accidents, à des crises de céphalée. Ces crises, d'après son dire, « ne faisaient qu'aller et venir, apparaître et disparaître ». Parfois, vers le milieu de la nuit, elles atteignaient une violence extrême. Conscient de son état et sachant fort bien à quoi rapporter ces maux de tète, le malade avait pour habitude, dès qu'il se sentait « pris », de se soumettre à l'usage de l'iodure de potassium, sans même consulter un médecin. Il s'administrait ainsi une faible dose de ce remède, soit un gramme en moyenne, quotidiennement. Cette petite dose suffisait à le soulager aussitôt. Puis, le mal disparu, le traitement était abandonné. Alors, réapparition de la céphalée, à quelque temps d'intervalle; nouveau recours à l'iodure, nouvelle guérison; puis, rechute; et ainsi de suite, jusqu'à ce que, en l'absence même des douleurs de tête qui s'étaient absolument calmées depuis plusieurs semaines, l'épilepsie fit brusquement invasion par des crises convulsives de la plus haute intensité.

Eh bien! Messieurs, sachez-le, voilà ce que font ou plutôt ce que laissent faire les *petites doses*, les traitements *timides*, en pareil cas. Cela, je l'ai vu tant et tant de fois pour ma part que je suis pleinement édifié à ce sujet et autorisé à vous dire : Méfiez-vous toujours de la céphalée tertiaire. Cette céphalée est toujours un phénomène

grave, moins par elle-même, en tant que symptôme, qu'à titre de *présage*, à titre d'*avant-coureur*. Il faut, en toute circonstance, qu'elle soit combattue, réprimée, avec la dernière énergie. Si l'on se contente de la soumettre au traitement usuel, banal, c'est-à-dire à de légères doses des remèdes spécifiques, on aboutit à la soulager, à l'effacer même, mais on aboutit aussi à laisser se produire après elle les manifestations graves auxquelles elle sert souvent de prodrome.

Tel a été précisément le cas du malade dont je viens de vous entretenir. Des doses moyennes d'iodure le soulageaient toujours, le soulageaient assez pour qu'il pût se croire à l'abri de tout accident, et vous savez ce qui est advenu. Un traitement autre, plus énergique, aurait-il réussi à prévenir les symptômes ultérieurs? Nous sommes autorisés à le croire, car ce même traitement, bien que prescrit après coup, parvint heureusement à guérir ce qu'une médication insuffisante n'avait pu conjurer.

Donc, comme conclusion, *pas de demi-mesure, pas de demi-traitement avec la céphalée tertiaire*. C'est là un point des plus essentiels à établir, et sur lequel j'ai cru utile d'insister dès à présent, puisque l'occasion m'en était offerte. Les petites doses, les médications parcimonieuses, ne sont pas de saison ici, car elles laissent le champ libre à des manifestations graves, parfois irrémédiables. L'indication formelle, urgente, est celle d'un traitement vigoureux, énergiquement répressif, et capable d'attaquer de front une lésion cérébrale en voie d'élaboration ; l'indication, en un mot, est celle d'un traitement spécial, particulièrement actif, dont j'aurai plus tard à vous formuler les règles et le mode d'application.

Mais laissons cette digression à laquelle l'intérêt pratique servira d'excuse, je l'espère, et revenons à notre sujet.

IV

Nous avons vu comment l'épilepsie syphilitique se prépare et fait invasion. La voici née; que va-t-elle devenir au delà?

Trois points principaux résument son évolution ultérieure.

I. — Le premier et le plus général consiste simplement en ceci : *succession, à intervalles variés, d'accidents identiques ou analogues.*

Une première crise épileptique vient de se produire; soyez assurés que, sauf intervention immédiate et énergique du traitement spécifique, une seconde crise se produira d'un jour à l'autre, puis que celle-ci sera suivie, à échéance variable, d'une troisième, et ainsi de suite.

Et, en effet, cette première crise n'est pas un accident isolé, éventuel, un accident destiné à n'apparaître que pour une fois, par hasard, à la façon d'un accès fébrile, susceptible ou non de retour. Non; cette crise, bien au contraire, est le symptôme d'une lésion permanente, laquelle, par le fait même de sa permanence, déterminera fatalement, dans un avenir prochain, une série d'attaques du même genre. Nul doute à ce sujet, de par une expérience malheureusement trop commune.

Donc, à la suite d'une première crise, attendez-vous

à une autre, puis à d'autres encore; et soyez convaincus que, en général tout au moins, ces crises ultérieures ne se feront guère attendre.

Mais comment et à quelles échéances relatives ces attaques subséquentes vont-elles se produire?

Ici, grandes variétés. Rien de fixe absolument. Tout est possible, comme mode de succession lent ou hâtif des accidents ultérieurs.

Le fait le plus habituel, cependant, est que les premières crises convulsives (1) de l'épilepsie syphilitique soient *assez largement espacées les unes des autres*. Ainsi la seconde ne succède guère à la première avant un délai de six semaines en moyenne, parfois même plus tardivement. Puis les suivantes sont ordinairement séparées par des stades intercalaires de quelques semaines, d'une quinzaine tout au moins.

D'autres fois, mais ceci est plus rare, les premières crises sont immédiatement plus rapprochées. Ainsi, chez un de mes malades, elles se sont succédé, dès le début, de la façon suivante, aux dates précises que voici :

Les 6, 11 et 24 janvier;
Les 4, 12 et 17 février;
Les 5 et 23 mars;
Les 7, 16, 20 et 22 avril.
(Ce dernier jour, même, il s'est produit trois crises coup sur coup.)

C'est-à-dire que les stades intercalaires des douze premières crises ont été de 5, 13, 11, 8, 5, 16, 18, 14,

(1) Ce sont les crises de cet ordre que j'ai plus spécialement en vue ici, parce qu'elles sont plus communes que les crises du *petit mal* au début même de l'affection.

9, 4 et 2 jours ; ce qui donne une moyenne de 9 jours et demi, exactement. — Remarquez même que la seconde crise n'a été distante de la première que d'un intervalle de cinq jours.

Je le répète, les cas de ce genre, à crises immédiatement rapprochées, sont bien moins communs que ceux dont il a été question tout d'abord.

Un fait moins sujet à variétés est *le rapprochement des crises à mesure qu'on s'éloigne de la période initiale*. En d'autres termes, plus ou moins largement espacées au début, les crises ont tendance à se répéter plus tard à intervalles moindres, et d'autant moindres que l'affection est plus ancienne. Dans une période ultérieure, elles arrivent même à se rapprocher au point de se produire toutes les semaines, plusieurs fois par semaine, voire presque chaque jour, et même (ceci, il est vrai, n'est plus qu'exceptionnel ou ne s'observe qu'à une époque voisine d'une terminaison fatale) plusieurs fois dans l'espace de vingt-quatre heures (1).

Mais laissons de côté ces derniers cas dont nous retrouverons l'occasion de parler à leur place, et bornons-

(1) Voir, comme type du genre, une observation citée dans la thèse de M. Gamel (*Essai sur les tumeurs gommeuses du cerveau*, Montpellier, 1875) et relative à une jeune malade qui, après avoir présenté des attaques épileptiques d'abord largement espacées, en arriva vers la fin de sa vie à être affectée de *crises subintrantes*, constituant un *état de mal permanent*. La mort ne se fit pas attendre, et l'autopsie révéla, avec des lésions de méningite, l'existence de plusieurs tumeurs gommeuses, à savoir : trois petites, deux à gauche et une à droite, occupant les couches superficielles des lobes frontaux; — et une quatrième très-volumineuse, de la grosseur d'un petit œuf de poule, située à la partie médiane, au-dessus de l'espace sous-arachnoïdien antérieur.

nous pour l'instant, en ce qui concerne le mode d'évolution habituelle de l'épilepsie syphilitique, à enregistrer les deux points que voici :

1° L'épilepsie syphilitique est toujours ou presque toujours, à ses débuts, une épilepsie à crises assez rares, assez largement espacées ;

2° Dans une étape ultérieure, ces crises tendent à se rapprocher et cela d'autant plus que l'affection s'éloigne davantage, chronologiquement, de son point de départ.

Ces crises successives de l'épilepsie syphilitique présentent-elles quelque phénomène précurseur qui en annonce l'invasion, qui permette aux malades d'en prévoir l'imminence plus ou moins rapprochée?

Distinguons ici, Messieurs, deux choses très-différentes, à savoir les prodromes *prochains* et les prodromes *immédiats* des crises. J'appelle prodromes prochains ceux qui présagent la crise à certaine distance, par exemple à distance de quelques jours; j'appelle prodromes immédiats ceux qui ne la précèdent que de quelques instants.

I. Les prodromes prochains font défaut dans la plupart des cas, car ce qui caractérise habituellement la crise, c'est son invasion inattendue, imprévue, soudaine, en dehors de tout phénomène propre à donner l'éveil, à servir de présage.

En quelques cas seulement, l'imminence prochaine d'une attaque est attestée par certains phénomènes tels que : *malaise général*, vague, mal défini ; état d'*agacement nerveux*, d'*irritabilité* insolite ; et, plus sûrement encore, redoublement ou apparition nouvelle de la *céphalée*

Ce dernier symptôme se présente parfois d'une façon particulièrement significative, et certains malades vous le signaleront d'eux-mêmes comme un prodrome prochain de leurs crises. Il précède l'attaque de quelques jours seulement et se caractérise par cette douleur de tête dont je vous entretenais il y a peu d'instants, c'est-à-dire par une douleur intense, s'exaspérant souvent le soir ou la nuit, douleur quelquefois remarquablement *fixe* et *circonscrite*, limitée à l'étendue d'une pièce de cinq francs, et occupant de préférence l'*une des régions temporo-pariétales* (1). Il est absolument positif que, dans un certain nombre de cas, une céphalée de ce genre sert de prodrome au retour des crises (2).

II. Quant aux prodromes *immédiats* des attaques, ils consistent en telle ou telle de ces sensations singulières auxquelles vous savez qu'on a donné le nom d'*aura*.

De même que l'épilepsie vulgaire, l'épilepsie syphilitique peut avoir ses *auras*, et elle en a même de formes très-variées : fourmillements, bruissements d'oreilles, visions lumineuses, douleur subite en un point avec

(1) Cette douleur de tête fixe et circonscrite n'a pas été remarquée seulement par moi. Je la trouve signalée d'une façon très-précise dans nombre d'observations, notamment par MM. Buzzard, Charcot, Vance, Proust, etc.

(2) Particularité curieuse : un de mes clients, dans les deux ou trois jours qui précédaient chacune de ses crises, présentait une *tache érythémateuse* rosée, de l'étendue de la paume de la main, sur la face latérale gauche du cou. Cette tache avait été observée plusieurs fois dans ces conditions par la femme du malade, qui soignait et surveillait son mari avec autant d'intelligence que de dévouement. Deux fois je constatai ce symptôme qui, en effet, fut suivi d'une crise épileptique à brève échéance.

C'est là, je dois le dire, le seul cas de ce genre que j'aie jamais rencontré.

ou sans irradiations, crispations, trépidation musculaire, bâillements, frisson, pression stomacale, perceptions odorantes, sensations étranges parcourant un membre, etc., etc. L'existence de tels phénomènes a été signalée en nombre de cas.

Ces *auras* — qui, règle générale, restent toujours les mêmes pour chaque sujet, c'est-à-dire semblables à elles-mêmes d'une crise à l'autre — peuvent acquérir, en certains cas, une intensité remarquable. Ainsi, chez l'un de mes malades, chaque crise convulsive était invariablement annoncée par une sorte de « crispation douloureuse dans un pied ». — De même, chez un autre de mes clients, la crise avait toujours pour prodrome immédiat une sensation bizarre, analogue, disait le malade, à celle que produirait « un souffle, un coup de vent, un courant d'air passant sur les doigts médius et annulaire de l'une des mains ». Ce curieux phénomène était bientôt suivi d'une violente douleur du poignet correspondant, douleur constrictive, comparable à celle qu'aurait pu produire « une ligature ou un bracelet de fer étreignant l'articulation ».

Ces *auras*, du reste, n'ont rien de spécial dans l'épilepsie syphilitique, rien qui les distingue des phénomènes de même genre fréquemment observés dans l'épilepsie vulgaire. D'autre part, elles ne sont rien moins que constantes. Au total, donc, elles constituent des accidents curieux plutôt qu'importants. Il suffira de les signaler.

II. — Second point : *la forme épileptique de la syphilis cérébrale se compose à son début, et reste composée pour un certain temps, d'accidents de caractère convul-*

sif, sans mélange, sans association d'autres phénomènes.

Cela revient à dire que les crises convulsives (mode le plus habituel qu'affecte l'épilepsie syphilitique à son début) se répètent, comme nous venons de le voir, à intervalles variés, mais se répètent sans que d'ailleurs il s'y ajoute aucune autre manifestation cérébrale, au moins importante.

Si bien qu'à cette époque, pendant ce stade initial dont la durée peut varier de quelques semaines à plusieurs mois, on serait presque autorisé à considérer le malade comme un épileptique, comme un épileptique vulgaire, de par les seuls phénomènes qu'il présente.

Et telle est en effet, Messieurs, l'erreur qui se commet fréquemment, l'erreur qui a été commise déjà bien des fois et dont je pourrais citer de bien regrettables exemples. Une syphilis cérébrale se traduit par des crises épileptiques qui se répètent à intervalles plus ou moins espacés; immédiatement on va droit au symptôme, on ne voit que lui; on néglige la cause, on méconnaît la syphilis, et finalement on pose le diagnostic d'épilepsie, d'épilepsie simple, sans avoir le moindre soupçon que la vérole puisse être en cause comme origine de tels phénomènes. Conséquence : on perd alors un temps précieux à administrer tel ou tel remède en vogue contre l'épilepsie, le sulfate de cuivre, le valérianate de zinc, le bromure de potassium, le bromure de camphre, etc.; et on laisse tout loisir à la syphilis pour continuer dans le cerveau le travail de prolifération néoplasique qui vient déjà de faire ses preuves. — Voilà, certes, une erreur qui mérite d'être signalée. Méditons-la bien pour nous tenir en garde contre elle.

Il est même certains cas (absolument exceptionnels,

il est vrai) dans lesquels on a vu cette forme *purement épileptique* de la syphilis cérébrale se continuer un temps beaucoup plus long que celui dont il vient d'être question, et cela *sans se compliquer de phénomènes cérébraux d'aucune sorte*. Je possède dans mes notes quelques observations de ce genre, relatives à des malades qui, pendant un an, pendant dix-huit mois, n'ont éprouvé pour tous symptômes que des crises convulsives, à cela près de légers accidents éphémères, légitimement imputables au fait même de ces crises. Il y a plus encore. Ainsi l'un de mes clients (qui, je dois le dire, ne cessa pas un seul jour pendant quatre années de s'administrer des doses moyennes de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium) n'a présenté pour tous phénomènes de syphilis cérébrale, *pendant ces quatre années*, que des attaques purement épileptiques, espacées les unes des autres de plusieurs mois. Pas le moindre trouble cérébral, d'aucun genre, ne s'ajouta à ces attaques avant la fin de la quatrième année.

Mais passons sur les cas de cet ordre, trop exceptionnels, je le répète, pour mériter plus longtemps votre attention; et venons à ce qui est d'observation commune.

III. — Ce qui est d'observation commune, tout au contraire, c'est de voir l'épilepsie d'origine syphilitique, après être restée épilepsie pure et simple pendant un certain temps (plusieurs mois par exemple), *se modifier dans la suite, se compliquer ultérieurement d'autres phénomènes cérébraux.*

Et comment cela? De la façon suivante :

1° Par association aux crises convulsives, aux crises

du *grand mal*, de symptômes variés, constituant ce qu'on appelle le *petit mal;*

2° Par addition de *troubles cérébraux* d'autre genre.

Ces deux faits majeurs en l'espèce (surtout le second) vont exiger de nous quelques développements.

1° *Association aux crises convulsives de symptômes variés, communément rangés sous le vocable de petit mal.*

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, l'épilepsie syphilitique affecte de préférence à son début la forme convulsive, la forme du grand mal. Il est bien plus rare qu'elle s'annonce d'emblée par les symptômes du petit mal.

Mais, après avoir duré un certain temps sous la forme de grand mal, souvent, très-souvent, elle se complique, à une époque ultérieure, de troubles variés d'un genre différent, du genre de ceux qui constituent le petit mal. C'est alors qu'on voit prendre place dans l'intervalle des attaques convulsives divers phénomènes tels que les suivants :

1° Crises d'épilepsie circonscrite et consciente, consistant en des convulsions localisées de certains muscles, en des secousses, des ébranlements, des spasmes, des trépidations musculaires, des accès de tremblement, etc. Je ne ferai pour l'instant que mentionner ces troubles spéciaux, sur lesquels nous devons bientôt revenir en détail.

2° Phénomènes de *vertige épileptique*, d'*absence*, de *stupeur* soudaine et passagère, complétement identiques aux phénomènes correspondants du petit mal vulgaire, et qu'il suffira en conséquence de signaler ici sans les décrire.

Un type du genre nous a été offert par un malade que nous observions récemment dans nos salles. Plusieurs fois vous avez vu cet homme, au milieu d'une conversation, s'arrêter soudain, l'œil fixe, la face pâle, et rester absolument étranger à ce qui l'entourait, comme frappé de stupeur. L'accès durait ainsi quelques secondes; après quoi, le malade, un instant encore hébété, ahuri, revenait à l'entretien suspendu ou reprenait l'occupation momentanément abandonnée (1).

Ces deux premières formes de petit mal syphilitique sont assez communes dans la syphilis cérébrale. Il n'en est pas de même de quelques autres, dont il importe cependant que je vous dise un mot.

3° Ainsi, chez quelques malades, la crise de petit mal se traduit par des accès soudains de défaillance, de pâmoison, avec pâleur étrange du visage, angoisse respiratoire, sensation d'anéantissement; tous phénomènes accompagnés ou non de spasmes musculaires, d'hallucinations sensorielles, etc.

4° Chez d'autres, elle affecte surtout le caractère *douloureux*. C'est ce qui a lieu pour l'un de nos malades actuels de la salle Saint-Louis, chez lequel alternent avec des attaques d'épilepsie commune des crises principalement constituées par une sorte de « *crispation atrocement douloureuse* » qui, partant du mollet gauche, s'irradie ensuite à toute la moitié correspondante du corps. De même, le Dr Buzzard a relaté l'observation d'un malade qui présentait des crises de divers genres, consistant les unes en des attaques comitiales vul-

(1) Voir un cas semblable relaté par M. Charcot (*Progrès médical*, 1877, p. 63).

gaires, d'autres en des attaques d'épilepsie partielle et consciente, d'autres enfin en des accès douloureux à la fois remarquables et par leur soudaineté d'apparition, et par leur intensité caractéristique, et par leur disparition rapide (1).

5° En certains cas infiniment plus rares, les crises du petit mal ont pu revêtir des formes plus étranges encore et bien propres à frapper l'attention.

Tel était le fait d'un malade dont je vous ai déjà parlé. Dans les intervalles de ses crises convulsives, il était fréquemment sujet à des *absences extatiques* fort singulières, se caractérisant de la façon suivante. Tout d'abord, il entendait résonner à ses oreilles une « sonnerie intermittente, précipitée, métallique, de timbre », qu'il comparait à celle d'un télégraphe électrique; puis il assistait à une sorte de « vision étonnante, féerique, apocalyptique », se prolongeant quelques minutes, toujours identique à chaque crise, et toujours oubliée dès le retour à la vie réelle. Vainement faisait-il d'incroyables efforts, comme il me l'a raconté cent fois, pour fixer cette merveilleuse vision dans sa mémoire et la traduire après coup; invariablement elle s'effaçait de son souvenir, dès la fin de l'attaque, pour ne laisser après elle qu'une impression des plus confuses.

6° Enfin, en quelques cas non moins exceptionnels, on a vu la crise de petit mal prendre la forme d'*impulsions soudaines, irrésistibles*, d'*accès inconscients de fureur, de violence*, etc., exactement comme dans l'épilepsie vulgaire.

Vous avez pu lire, dans les journaux d'hier, le triste

(1) Ouvrage cité.

procès de ce collégien, enfant de quinze ans, qui, dans un accès de vertige épileptique, frappa d'un poignard et tua sans motif une jeune servante que, cependant, il aimait beaucoup ; puis qui, le crime achevé, resta ahuri, stupide, « comme sortant d'un rêve », et finalement, saisi de remords, essaya de se tuer à son tour. L'expert commis à l'examen de l'état mental de l'accusé n'eut pas de peine à constater chez lui l'existence d'antécédents épileptiques et à démontrer que le crime, nullement prémédité, devait être attribué à un de ces accès d'impulsion irrésistible que détermine parfois l'épilepsie. Aussi les jurés et la cour, comprenant bien qu'ils étaient en présence d'un être irresponsable qu'aucune condamnation ne pouvait frapper, ont-ils fait la seule chose qui fût à faire, à savoir acquitter ce malade et le renvoyer aux médecins.

Eh bien ! Messieurs, ce que produit l'épilepsie vulgaire dans cet ordre de phénomènes, l'épilepsie syphilitique le réalise aussi quelquefois, et je vais vous en donner un exemple.

Un malade, que plusieurs de mes collègues ont examiné avec moi, a présenté, consécutivement à des crises convulsives d'origine manifestement spécifique, plusieurs accès d'impulsion irrésistible, absolument analogues à celui dont je viens de vous parler. Un jour, par exemple, il sort brusquement de chez lui, sans mot dire, l'œil fixe, le visage égaré, et se met à parcourir les rues au hasard, à la façon d'un homme en délire. Il entre dans un hôtel, où, sur l'intervention d'un domestique qui le suivait, on lui donne une chambre ; là il se couche et s'endort plusieurs heures d'un sommeil profond. Puis il se réveille étonné, et rentre chez

lui sans conserver le moindre souvenir de la série d'actes bizarres qu'il venait d'accomplir.

Un autre jour, ce même malade se précipita soudainement, sans le moindre motif, sur une personne qui était venue lui rendre visite et avec laquelle il conversait tranquillement; il la maltraita et faillit même la tuer.

Dans un autre accès, il prit pour un braconnier un de ses domestiques qui, par hasard, avait un fusil en main; il se jeta sur lui, s'empara de son arme et fit feu sur cet homme, sans l'atteindre fort heureusement.

Les faits de cet ordre constituent une forme des plus curieuses du *délire* comitial.

2° *Association aux crises épileptiques de troubles cérébraux d'un autre genre.*

Le second ordre de phénomènes dont il me reste à vous parler consiste dans l'invasion de troubles cérébraux variés, qui, à un moment donné, viennent s'ajouter aux accidents initiaux de forme épileptique. Ce groupe morbide est bien plus important, bien plus essentiel que le précédent, car il constitue la terminaison habituelle, constante même, puis-je dire, à laquelle aboutit l'épilepsie syphilitique, alors du moins qu'elle est abandonnée à son évolution propre.

Ne croyez pas en effet, Messieurs, que l'épilepsie syphilitique reste longtemps épilepsie pure et simple. Le malade que je vous ai présenté jusqu'ici avec des crises de grand ou de petit mal, ce malade plus ou moins assimilable comme physionomie générale à un épileptique vulgaire, ne demeurera pas indéfiniment un *épileptique*. Bientôt ce sera « *un cérébral* », comme on

dit en langage technique; et ce sera « *un cérébral* » de par les phénomènes nouveaux qui vont surgir, phénomènes au milieu desquels l'épilepsie, jusqu'alors prédominante, ne figurera plus qu'au titre effacé d'élément secondaire. L'épilepsie, originairement, tenait le premier rôle sur la scène morbide. Elle va descendre au rang de simple élément d'un ensemble symptomatologique plus complexe.

J'insiste, car telle est en réalité la marche usuelle qu'affecte la forme épileptique de la syphilis cérébrale et sur laquelle il convient que vous soyez pleinement édifiés. Cette forme débute par des manifestations exclusivement épileptiques; — elle conserve un certain temps l'allure purement comitiale; — puis elle s'adjoint des symptômes nouveaux, au milieu desquels l'élément épileptique s'efface progressivement comme importance morbide et dont quelques-uns même prennent bientôt le premier rang. Si bien qu'à un moment donné l'épilepsie initiale, au lieu de rester l'expression dominante d'une situation pathologique, n'y apparaît plus que comme élément subordonné, au même titre et sur la même ligne que toute autre manifestation contemporaine. C'est à ce moment que nous voici arrivés.

Mais un exemple pris sur nature vous montrera mieux que je ne pourrais vous les dépeindre la succession et la progression de phénomènes dont il s'agit.

A la suite de crises violentes de céphalée, un malade syphilitique commence par présenter, pendant plusieurs mois, des accès d'épilepsie convulsive, aussi nets, aussi francs que possible. Puis se manifestent, alternant avec ces accès, divers accidents de petit mal (vertiges, spasmes musculaires, phénomènes d'épilepsie partielle, etc.).

Plus tard (et c'est ici que la scène change), des troubles cérébraux d'autre nature viennent compliquer la scène : embarras passagers de la langue ; — engourdissements éphémères dans un membre, dans l'extrémité d'un membre ; — par instants, titubations soudaines et incertitude ébrieuse de la marche ; — hémiplégie faciale droite, légère ; — monoplégie brachiale transitoire du même côté ; — simultanément, débilité progressive de l'intelligence, affaiblissement de la mémoire, confusion dans les idées, conceptions difficiles, inaptitude au travail, etc.

Ultérieurement encore, hémiplégie droite persistante. — Désordres croissants et déchéance complète de l'intelligence Hébétude ; accès de délire violent.

Et, finalement, véritable état de démence paralytique terminant la scène.

Ainsi, Messieurs, procède l'évolution morbide, au moins d'une façon générale.

Cela dit, venons maintenant aux détails, et analysons méthodiquement les divers phénomènes qui s'ajoutent ainsi aux accès d'épilepsie franche dans une période avancée.

Ces phénomènes, Messieurs, on pourrait presque les énoncer *a priori*. Que pourraient-ils être, sinon tous symptômes de *désorganisation cérébrale?* Tels ils sont en effet.

Il va sans dire également qu'ils sont nombreux et variés de forme. Ce sera donc, je crois, vous en faciliter l'exposition didactique que de les répartir sous trois chefs, de la façon suivante :

1° Troubles *congestifs ;*

2° Troubles *intellectuels;*

3° Troubles *moteurs.*

Examinons avec soin chacun de ces groupes de symptômes.

1° *Troubles congestifs.* — Au nombre des troubles de ce premier groupe figurent tels ou tels des phénomènes que nous avons décrits précédemment à propos de la forme *congestive*, et qu'il nous suffira en conséquence de rappeler ici brièvement. A savoir : lourdeur de tête habituelle, avec retours incidents de céphalée; sensations vertigineuses, obnubilations, accidents passagers d'incertitude ébrieuse; — engourdissements fugaces dans les membres; — fourmillements, occupant tantôt les extrémités d'une moitié du corps, tantôt l'une de ces extrémités seulement; — troubles des sens, tels que amblyopie, mouches volantes, scotomes, bourdonnements d'oreilles, dureté de l'ouïe, etc. Rien de plus commun, à une certaine période de l'épilepsie syphilitique, que de constater soit un affaiblissement marqué de l'acuité visuelle, soit un certain degré de cophose.

2° *Troubles intellectuels.* — Variés de forme et majeurs comme importance, les troubles de ce genre réclament de nous une analyse attentive.

Dans un premier degré, ils consistent en ceci : aptitude moindre aux travaux de l'esprit; défaillances et paresse de mémoire; modifications morales, se traduisant surtout par l'indifférence, l'apathie et la morosité.

Il n'est pas nécessaire que les crises convulsives de l'épilepsie se soient répétées bien fréquemment pour que des troubles de ce genre commencent à poindre.

Quelques mois, voire parfois quelques semaines, se sont à peine écoulés depuis la première attaque, que déjà l'on peut s'apercevoir du changement qui s'est produit dans le caractère ou les facultés intellectuelles. Le malade s'est alourdi ; il n'a plus de courage au travail ; peu à peu il perd son entrain, sa verve, son ardeur habituelle ; la lecture même le fatigue ; puis, insensiblement, sa vivacité d'esprit s'atténue, son imagination s'émousse. Bref, toutes ses facultés intellectuelles sont en défaillance manifeste. La mémoire surtout paraît plus particulièrement affectée, à en juger par les oublis, les erreurs, les répétitions, qui se produisent d'une façon fréquente.

En même temps, l'état moral se modifie. Le malade ne prend plus goût à rien, ni à ses affaires ni à ses plaisirs. L'indifférence et l'apathie constituent sa disposition actuelle. Il continue bien à vaquer à ses occupations usuelles, mais par la force de l'habitude, et, pour ainsi dire, par impulsion acquise. Il se désintéresse de lui-même comme d'autrui ; il s'isole, s'assombrit, devient concentré, taciturne, maussade, enclin aux idées tristes, morose en un mot.

Tout cela, je le répète, n'est qu'un premier degré. Bientôt ces divers phénomènes prennent une progression croissante, et c'est alors que commence une véritable phase de *déchéance intellectuelle*.

De toutes les facultés de l'intellect, c'est encore la mémoire qui, dans le plus grand nombre des cas, continue à subir la première les atteintes les plus graves. Elle va s'altérant de deux façons, lesquelles du reste s'associent le plus souvent, et qu'il n'est pas sans intérêt de spécifier. Ainsi :

Tantôt ce qu'on observe est un affaiblissement de mémoire lent, continu, progressif. La faculté du souvenir fléchit alors et s'affaisse par degrés, insensiblement et sans secousse.

Tantôt, au contraire, il se fait une véritable amnésie *par saccades*. A la suite d'une crise convulsive, on remarque un premier affaiblissement subit de la mémoire; puis le même phénomène se répète aux crises subséquentes, dont chacune laisse ainsi après elle un degré supérieur d'amnésie.

Et, en effet, il est aussi commun que remarquable dans la syphilis cérébrale de constater, à la suite d'un accès convulsif quelque peu violent, un affaissement subit et notable de la mémoire. J'ai même dans mes notes l'histoire d'un malade dont je vous parlerai longuement plus tard, lequel, à la suite d'une attaque épileptique intense, éprouva non pas une simple diminution, mais un anéantissement absolu de la mémoire; à tel point qu'il ne se rappelait rien des événements du siége de Paris et de la Commune, alors tout récents, et qu'il avait oublié jusqu'au nombre, jusqu'au nom de ses enfants!

A coup sûr, il est peu de modalités fonctionnelles du cerveau plus intimement liées à l'épilepsie que ne l'est la mémoire. On peut même dire que nulle autre fonction cérébrale ne subit le retentissement, la réaction, des troubles épileptiques d'une façon plus habituelle, plus hâtive et plus grave.

Parallèlement, l'intelligence s'affaiblit et s'abaisse de jour en jour. De la sorte s'établit et se complète un état de dépression mentale que la dénomination d'*hébétude progressive* caractérise exactement.

Cette hébétude, à son tour, s'accentue et se confirme par degrés. Finalement, après un temps plus ou moins long, le malade aboutit d'étape en étape au dernier échelon de la décadence intellectuelle, à savoir la *démence.*

Inutile de dire qu'en même temps les facultés morales subissent une déchéance identique. Les affections se perdent. La volonté faiblit. Détachés de tout ce qui les entoure, indifférents à leurs affaires, aux intérêts, aux affections que jadis ils avaient le plus à cœur, les malades semblent ne plus vivre que d'une façon automatique et machinale. Ils s'abandonnent, ils se laissent faire, comme on dit vulgairement; ils se laissent conduire, mener comme des enfants avec une docilité niaise. Ce qui n'empêche — contraste bizarre — que ces mêmes malades à volonté si remarquablement débile ou éteinte ne redeviennent, par instants, irascibles, méchants, intraitables, emportés; sans le moindre motif, sans provocation d'aucune sorte, on les voit parfois éclater tout à coup en colères, en révoltes, en violences, qui ne laissent pas d'être dangereuses.

J'ai eu longtemps sous les yeux un malade de ce genre, qui, à la suite de nombreuses crises comitiales d'origine spécifique, était tombé dans le singulier état de décadence intellectuelle et morale dont je viens de parler. Lui que j'avais connu autrefois avec un esprit des plus distingués, avec une activité et une vivacité de conception peu communes, avec une verve et un entrain vraiment remarquables, je le vis devenir peu à peu sombre, triste, lent, paresseux, apathique, concentré, puis niais, enfantin, hébété. Grand causeur jadis, il n'ouvrait guère plus la bouche que pour répondre le

plus brièvement possible aux questions qu'on lui posait; à table, par exemple, il mangeait sans mot dire au milieu d'une conversation générale. Indifférent à tout ce qui l'avait le plus vivement intéressé naguère, aux arts, à la politique, aux affaires, il ne s'occupait plus de rien ou ne s'occupait que d'enfantillages. C'est ainsi que, pendant des heures entières, il lisait ou semblait lire des contes à l'usage des plus jeunes enfants. Prenant un journal (et quelquefois un journal de vieille date), il ne le quittait plus : il le lisait d'une façon pour ainsi dire indéfinie : et, comme il avait la mémoire très-affaiblie, souvent il lui arriva (au rapport de son frère, qui s'était dévoué à lui servir de garde) de lire à haute voix le même article jusqu'à trois et quatre fois de suite. Tantôt il avait des épanchements affectueux, des tendresses enfantines qui surprenaient son entourage; et tantôt il était pris d'impatiences, de colères, de violences, qui rentraient moins encore dans son caractère habituel. Finalement, il succomba dans un état voisin de la démence.

En d'autres cas plus rares, les troubles intellectuels consécutifs à l'épilepsie spécifique prennent une forme plus aiguë, celle de l'*excitation maniaque*, par exemple, de l'aliénation temporaire, sous tel ou tel des types que nous aurons à étudier plus loin. C'est ainsi que le malade dont je viens de vous entretenir devint véritablement fou pendant quelques jours, à la suite de plusieurs crises épileptiques rapprochées et violentes. Il tenait les propos les plus décousus, les plus incohérents, avec une loquacité surprenante. Il se promenait nu dans sa chambre et voulait descendre nu sur la voie publique; il se disait empoisonné; il injuriait son frère, que

cependant il chérissait tendrement; il le maltraita même et chercha un jour à l'étrangler.

3° Un troisième ordre de symptômes accompagne constamment l'épilepsie syphilitique à une période plus ou moins avancée. Il comprend, vous le savez déjà, divers *troubles de motilité*, variables de siége et de degré.

Les troubles moteurs consécutifs à l'épilepsie spécifique sont fréquemment inaugurés par de simples *parésies* peu durables, se manifestant en général à l'issue des attaques convulsives, quelquefois aussi (mais bien plus rarement) dans leurs intervalles.

Ces *parésies initiales* intéressent le plus communément soit une moitié de la face, soit un membre, soit même une moitié du corps, la face exceptée ou comprise.

Après un laps de temps variable de quelques jours à un ou deux septénaires, elles disparaissent spontanément, et cela tantôt d'une façon absolue, tantôt d'une façon seulement incomplète.

Il n'est pas rare non plus qu'après avoir disparu de la sorte elles se reproduisent une ou plusieurs fois à la suite d'attaques ultérieures. Elles sont alors de plus en plus intenses, de plus en plus persistantes, et dégénèrent même habituellement en paralysies définitives. Tel a été, par exemple, le cas d'un de mes clients chez lequel, à la suite de nombreuses crises d'épilepsie convulsive, s'établit tout d'abord une parésie hémiplégique des plus légères. Si minime était cette hémiplégie que le malade s'en aperçut à peine dans les premiers temps, et qu'il fallait l'œil exercé d'un médecin pour la reconnaître. Puis survinrent des attaques nouvelles, et, chacune d'elles apportant son appoint aux troubles moteurs, la parésie

initiale se transforma graduellement, insensiblement, en une hémiplégie vraie, presque complète, et définitive.

A une période plus avancée de l'affection, les parésies transitoires font place à des troubles moteurs à la fois plus intenses et plus durables. Ceux-ci, par l'ensemble de leurs caractères, constituent alors des *paralysies*, des paralysies vraies, dans toute l'acception du terme.

Ce ne serait pas le moment de vous décrire ces paralysies, dont l'étude nous occupera longuement par la suite. Je me bornerai à les énoncer ici simplement.

Elles sont variables de siége. Ainsi on les voit affecter soit un ou plusieurs des muscles de l'œil, soit une moitié de la face, soit un membre isolément (ce qui est beaucoup plus rare), soit surtout une moitié latérale du corps.

Il n'est pas rare non plus que tel ou tel de ces types paralytiques s'associe à un autre. — Fréquemment encore ces paralysies musculaires coexistent avec des paralysies sensorielles vers l'œil ou l'oreille. — De telles associations de types paralytiques divers sont communes, vous le savez déjà, dans la syphilis cérébrale, dont elles constituent même un des caractères les plus frappants. En ce qui nous concerne actuellement, notons qu'elles s'observent d'une façon fréquente à la suite des accidents de forme épileptique. Vous en avez un exemple sur l'une de nos malades actuelles de la salle Saint-Thomas. Cette femme, consécutivement à de nombreuses attaques d'épilepsie spécifique, a commencé par être affectée d'une paralysie de la *sixième paire gauche;* — quelques semaines plus tard, elle était frappée d'*hémiplégie à droite;* — puis la

troisième paire droite a été envahie ; — enfin, ultérieurement, est survenue une *hémiplégie* plus complète et plus durable du côté *gauche*. Additionnons : cela fait bel et bien *quatre* accès paralytiques s'étant produits successivement chez la même malade et ayant succédé à des accidents initiaux de forme épileptique.

Mais sachons bien ceci : de ces divers types de paralysies consécutives à l'épilepsie, il en est un beaucoup plus commun que tous les autres ; il en est un auquel l'affection, abandonnée à son évolution propre, aboutit d'une façon presque constante ; il en est un qui, précédé ou non, suivi ou non d'autres paralysies, ne manque guère d'entrer en scène à un moment donné. Celui-ci, vous l'avez nommé à l'avance, c'est le type hémiplégique, c'est l'HÉMIPLÉGIE.

Hémiplégie, voilà le symptôme par excellence vers lequel s'achemine, pour une étape ultérieure, l'épilepsie de la vérole.

Enfin, Messieurs, comme dernier trait au tableau de l'évolution morbide que nous venons de parcourir, mentionnons l'altération croissante de l'état général parallèlement aux progrès des troubles cérébraux.

Déjà nous avions signalé, dès l'invasion des accidents épileptiques, la possibilité de modifications plus ou moins accusées dans l'habitus extérieur, la physionomie, la santé. Or, à mesure que l'affection suit son cours et se complique d'accidents cérébraux d'un autre ordre, ces troubles de l'état général ne font que s'accentuer davantage. Ils varient d'intensité suivant les cas. Mais il n'est pas rare qu'une détérioration véritable de la santé marque les étapes avancées de la maladie, en s'accusant

par un amaigrissement intense, une pâleur anémique des téguments, une altération profonde du facies, un teint blême et plombé, un alanguissement de tout l'être un changement complet de l'individu. Il n'y a même pas d'exagération à dire qu'en certains cas, à la vérité exceptionnels, ces symptômes de dépérissement progressif aboutissent à un état réel de cachexie. C'est là ce que, non sans raison, on a pu qualifier du terme de *cachexie cérébrale*, les malades y étant conduits de toute évidence par leurs accidents cérébraux.

Telle est, Messieurs, cette forme épileptique de la syphilis cérébrale.

Nous ne la connaissons encore que dans ses symptômes et son évolution générale. Dès à présent, néanmoins, il ne sera pas inutile de jeter un coup d'œil en arrière, pour mieux envisager le chemin parcouru. Résumant donc l'exposé qui précède, au moins dans ce qu'il offre de plus essentiel, nous arrivons à ceci :

1° Il est fréquent que la syphilis cérébrale s'accuse à ses débuts par des phénomènes d'ordre *épileptique;*

2° Associés ou non à d'autres manifestations, ces phénomènes épileptiques prennent, pour un certain temps, le premier pas dans la symptomatologie des lésions cérébrales, de façon à constituer une sorte d'*épilepsie syphilitique*, ou mieux de *forme épileptique* de la syphilis cérébrale;

3° *Cette épilepsie syphilitique n'est jamais qu'initiale.* Si, pour un certain temps, elle peut prendre le masque d'une épilepsie névrosique, essentielle, toujours elle aboutit plus tard à rentrer dans l'allure d'une épilepsie symptomatique; et cela, en se compliquant de divers

accidents cérébraux d'un genre différent (troubles congestifs, troubles intellectuels, troubles moteurs);

4° Dès lors, tout en subsistant comme symptôme, l'épilepsie proprement dite se fond et disparaît dans un ensemble symptomatologique plus complexe, attestant des désorganisations cérébrales plus avancées.

En un mot, la scène morbide commence par de l'épilepsie pure et simple en apparence. Elle se continue et se termine par un groupe de symptômes dont l'épilepsie n'est plus qu'un élément, une expression plus ou moins effacée.

Nous sommes loin encore, Messieurs, d'avoir achevé ce qui a trait à cette grave question de l'épilepsie syphilitique.

Un problème majeur, essentiellement pratique, se présente à résoudre actuellement, comme application de ce qui précède. Et ce problème, que vous avez déjà pressenti, n'est autre que le suivant :

Étant donné un cas d'épilepsie syphilitique, tel que nous venons de le décrire comme début possible d'une syphilis cérébrale, cette épilepsie présente-t-elle quelques caractères propres, quelques attributs spéciaux, qui permettent de la reconnaître cliniquement et de la distinguer de l'épilepsie commune?

C'est à la discussion de ce problème que nous consacrerons notre prochaine réunion.

HUITIÈME ET NEUVIÈME LEÇONS

III. — FORME ÉPILEPTIQUE

(SUITE ET FIN)

Diagnostic. — L'épilepsie par lésions syphilitiques de l'encéphale peut-elle être différenciée de l'épilepsie commune? — Trois ordres d'éléments diagnostiques à consulter :

I. — L'épilepsie syphilitique offre-t-elle quelques particularités spéciales dans les phénomènes constitutifs de ses crises? — Aucun signe propre, pathognomonique. — Rien autre que certaines particularités d'inégale valeur. — Absence du cri initial. — Fréquence bien plus grande des paralysies consécutives aux attaques. — Et surtout, modalité *partielle* et *consciente* de certaines crises.

Épilepsie partielle.— Deux formes : 1° Forme *circonscrite;* — 2° Forme *latéralisée.*— Conservation de la connaissance dans les crises de ce genre (*épilepsie consciente*). — Formes variées. — Épilepsie partielle servant de prélude à des crises plus complètes. — Epilepsie partielle prédominante. — Association fréquente de ces formes diverses. — La conservation de la connaissance introduit parfois dans la scène morbide un symptôme insolite, la douleur.—*Épilepsie douloureuse.*

L'épilepsie partielle affecte toujours le même côté du corps dans ses crises successives. — Elle peut exister seule ou alterner avec des crises d'autre mode. — Fréquence de ses attaques propres.

Double intérêt se rattachant à cette forme particulière de crises, qui, d'une part, témoigne en faveur d'une épilepsie *symptomatique*, et, d'autre part, comporte une signification anatomique relativement au *siége* des lésions dont elle dérive. — Discussion.

II. — L'épilepsie syphilitique offre-t-elle quelques particularités spéciales dans le mode d'apparition et de succession de ses crises? — De l'épilepsie *nocturne.* — Signes propres à révéler les attaques nocturnes, souvent méconnues.

III. — L'épilepsie syphilitique présente-t-elle, dans les stades intermédiaires à ses crises, quelque phénomène propre à la diffé-

rencier de l'épilepsie commune? — Adjonction précoce aux crises épileptiques de *troubles cérébraux persistants*, lesquels attestent une lésion cérébrale. — Troubles intellectuels, sensoriels, moteurs (paralysies, hémiplégie). — Névrite optique. — Notion confirmative de l'*âge*. — Résumé diagnostique.

IV. — Limites réelles du diagnostic. — *On aboutit à reconnaître une épilepsie symptomatique, sans avoir les moyens d'affirmer la spécificité syphilitique de cette épilepsie.* — Un seul critérium *a posteriori* : résultats heureux du traitement antisyphilitique.

Comment se présente en pratique la question de l'épilepsie syphilitique. — De quels éléments dispose réellement le médecin pour instituer un diagnostic et un traitement. — Doit-il, pour prescrire le traitement antisyphilitique, exiger une certitude diagnostique absolue? — Plan de conduite à tenir en pareil cas. — Objections.

Nécessité d'une intervention thérapeutique dans le sens de la syphilis, même avec des éléments diagnostiques incomplets. — Nécessité d'une intervention semblable en certains cas de syphilis douteuse, ignorée ou reniée par les malades. — Exemple clinique. — Résumé.

Messieurs,

Une grave question s'impose à nous aujourd'hui, comme application des connaissances acquises dans notre précédente réunion.

Cette question est la suivante : *L'épilepsie d'origine syphilitique présente-t-elle quelques caractères, quelques attributs qui permettent de la reconnaître cliniquement et de la différencier de l'épilepsie simple ?*

Reconnaître et différencier l'épilepsie de provenance spécifique, l'épilepsie due à la vérole, tout est là en pratique. Car de là découlent — vous le comprenez à l'avance — des indications thérapeutiques essentielles, majeures, d'où peut dépendre, d'où dépend souvent le salut des malades.

Attachons-nous donc à cette importante question avec tout le soin qu'elle mérite.

Une certaine méthode est indispensable ici pour ne rien négliger, pour ne rien perdre de vue dans l'analyse du difficile problème que nous allons aborder. Nous aurons donc à examiner successivement ces trois points, à savoir : si l'épilepsie syphilitique offre quelques particularités spéciales, soit 1° dans les phénomènes constitutifs de ses crises ; — soit 2° dans le mode d'apparition et de succession de ses crises ; — soit, enfin, 3° dans les stades intermédiaires à ces crises.

I

Premier point : *Les crises épileptiques de la syphilis cérébrale offrent-elles quelques symptômes propres qui les différencient catégoriquement des attaques de l'épilepsie vraie?*

Pour cela, non. Disons-le bien, disons-le immédiatement, l'attaque d'épilepsie syphilitique (quelque forme d'ailleurs qu'elle affecte, celle du grand ou du petit mal, n'importe) ne se distingue par aucun signe propre, pathognomonique, de l'attaque d'épilepsie vulgaire. Cela n'est pas contestable, et tout le monde, d'ailleurs, est d'accord sur ce point. De l'aveu général, il est impossible, à ne consulter que les symptômes de la crise, de différencier séance tenante un accès d'épilepsie d'origine spécifique d'un accès d'épilepsie commune.

Tout au plus, quand on descend aux détails ou quand on envisage certains cas particuliers, arrive-t-on à reconnaître dans la crise d'origine spécifique quelques

attributs qui, sans rien présenter de bien significatif, sont de nature cependant à éveiller les soupçons. Citons aussitôt comme tels les deux suivants :

1° *Absence du cri initial dans la crise convulsive d'épilepsie syphilitique.*

Pour ma part, je déclare n'avoir jamais observé dans les crises épileptiques de la syphilis cérébrale ce cri particulier qui inaugure d'une façon habituelle, quoique non constante, les accès de l'épilepsie commune (1). Petit signe, assurément, que l'absence d'un symptôme aussi léger, aussi éphémère; signe curieux cependant et sur lequel j'appelle votre attention.

2° *Fréquence bien plus grande, dans l'épilepsie syphilitique, des paralysies immédiatement consécutives à l'attaque.*

Sans aucun doute, il est bien plus commun dans la syphilis que dans l'épilepsie vulgaire d'observer, à la suite de l'attaque, des phénomènes de paralysie. Je pourrais citer (et vous trouverez cités dans les recueils d'observations) nombre de cas dans lesquels, à la suite de crises convulsives d'origine spécifique, se sont produites des paralysies transitoires, paralysies affectant un membre, une moitié de la face, une moitié du corps. Des phénomènes de ce genre s'observent aussi dans l'épilepsie commune, mais ils y sont, à coup sûr, beaucoup plus rares.

Donc, au total, rien d'absolument significatif dans la production de ces paralysies, puisqu'on peut les ren-

(1) Je n'ai rencontré qu'une seule exception à la règle que je viens de poser ici. Encore, dans le cas en question, le cri initial ne s'était-il produit, *disait-on*, que dans une seule crise. Et il avait fait défaut dans toutes les autres, qui avaient été très-nombreuses.

contrer dans tout ordre de cas ; simple affaire de plus ou moins grande fréquence. Et cependant, soupçon éveillé, soupçon permis, si une crise épileptique, surtout à une période jeune encore de la maladie, s'est accompagnée de phénomènes paralytiques.

Jusqu'ici, vous le voyez, Messieurs, rien de bien important comme élément de diagnostic différentiel.

Mais, voici venir actuellement une particularité bien plus saillante, bien plus caractéristique, et pouvant fournir, au point de vue qui nous occupe, le plus utile secours. Cette particularité peu connue jusqu'à ce jour, et sur laquelle en conséquence j'ai le devoir d'appeler toute votre attention, consiste dans la *modalité* PARTIELLE *et* CONSCIENTE *de certaines attaques convulsives de l'épilepsie syphilitique*.

Toutes les attaques convulsives de l'épilepsie syphilitique ne se produisent pas suivant le type que nous avons décrit précédemment, c'est-à-dire d'une façon identique à la crise du grand mal vulgaire. Loin de là. Il en est bon nombre, au contraire, qui diffèrent de ce type, et qui en diffèrent surtout par ceci :

1° Qu'elles consistent en des *accès convulsifs partiels;* partiels, vu la limitation des mouvements convulsifs à un groupe musculaire, à un membre, à une moitié du corps ;

2° Qu'elles consistent simultanément en des accès de grand mal *incomplets ;* incomplets par conservation de la connaissance pendant l'attaque.

Les crises épileptiques qui se présentent sous cette forme ont reçu différents noms. Elles composent ce qu'on a appelé de vieille date l'*épilepsie hémiplégique*

(Bravais) (1), ce qu'on appelle de nos jours l'*épilepsie partielle, circonscrite, latéralisée,* etc. Si l'on voulait leur appliquer une dénomination qui en réunît les deux attributs essentiels, celle d'épilepsie *partielle* et *consciente* les définirait, je crois, d'une façon complète.

Mais peu nous importent les noms, pourvu que nous sachions ce qu'est la chose. Venons donc au fait, et voyons en quoi consiste cette épilepsie partielle dont il a été fréquemment question dans ces derniers temps,

(1) *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique*, par L.-F. Bravais (thèses de Paris, 1827). — Ce n'est pas sans quelque satisfaction que j'ai rencontré dans cette remarquable thèse (page 29) une très-intéressante observation d'*épilepsie partielle gauche survenue chez un sujet syphilitique* et terminée par hémiplégie. Ne serait-ce qu'à titre historique, ce fait mérite d'être cité :

« Handel, âgé de 40 ans, très-brun, d'une forte constitution, d'un caractère assez mou, avait contracté la syphilis, dont il négligea le traitement. A 40 ans, il eut une exostose sur l'humérus droit. Admis à l'hôpital Saint-Louis le 29 mai 1820, il y fut guéri de cette maladie. Un mois après son entrée, en prenant un bain trop chaud, Handel ressentit tout à coup une vive douleur, qui du pied gauche s'éleva au tronc et à la tête, *sans perte de connaissance.* Depuis lors il fut traité comme épileptique. *Ses attaques étaient bornées au côté gauche*, débutaient toujours par le membre inférieur et duraient depuis un quart d'heure jusqu'à deux heures. Le 31 janvier 1821, Handel fut transféré à Bicêtre comme épileptique incurable. Un an après l'invasion de son mal, accès répétés d'épilepsie pendant dix-sept heures; ils furent suivis d'une hémiplégie de mouvement du côté gauche et de paralysie de sensibilité des deux membres latéraux. L'épilepsie n'a pas reparu; l'insensibilité du derme a cédé à des lotions de vin chaud longtemps continuées; l'hémiplégie a persisté. — En 1824, Handel m'a donné tous ces détails sur les accidents qu'il avait éprouvés. Il est hémiplégique, marche avec peine à l'aide d'un bâton; la jambe et le bras sont fortement paralysés; la parole est un peu gênée, la bouche et la langue se dévient; les excrétions alvines sont libres. Toutes les autres fonctions s'exercent dans leur intégrité. »

Ainsi Bravais avait observé cinquante ans avant nous ce que nous observons aujourd'hui. Il a vu et analysé, mais sans s'y arrêter davantage, l'épilepsie *partielle* et *consciente* de la syphilis cérébrale. — Cela prouve une fois de plus qu'une idée juste trouve souvent sa confirmation dans les travaux qui lui sont antérieurs.

surtout depuis les intéressants travaux de MM. Jackson et Charcot, et sur laquelle, en ce qui concerne la syphilis, je crois avoir été le premier à attirer l'attention.

Cette variété particulière d'épilepsie se caractérise de la façon suivante, dans ses différents modes.

Tout d'abord, au point de vue de ses localisations musculaires, elle se présente sous deux formes :

1° La forme *monoplégique*, ou mieux, *circonscrite ;*

2° La forme *hémiplégique*, ou mieux, *latéralisée.*

Spécifions.

1° Sous la forme *circonscrite*, elle est constituée par des spasmes convulsifs limités à un membre, au segment d'un membre, à une moitié de la face.

Ce qu'on observe en pareil cas se réduit à ceci : série de secousses musculaires, variables comme intensité et comme rhythme, se manifestant d'une façon soudaine, avec ou sans *aura*, dans un département limité d'une moitié du corps ; — se répétant quelques instants, quelques minutes, rarement davantage ; — et coïncidant sinon toujours, au moins le plus souvent, avec une conservation pleine et entière de la connaissance.

C'est ainsi, pour citer immédiatement un exemple, qu'un de mes malades éprouva à maintes reprises (indépendamment de grandes attaques comitiales) des accès convulsifs localisés à l'un des membres supérieurs, durant d'une demi-minute à quelques minutes, et consistant, d'abord, en une sorte de crispation des doigts qui se raidissaient et s'écartaient les uns des autres, puis, un peu plus tard, en une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras ; double phénomène bientôt suivi de secousses

saccadées, presque rhythmiques, qui ébranlaient fortement tout le membre.

De même, un autre de mes malades, d'abord affecté comme le précédent de grandes crises épileptiques, devint sujet plus tard, et cela pendant plusieurs mois, à de petites attaques de convulsions partielles n'intéressant absolument que le pied et la jambe. Trois fois j'ai eu l'occasion d'assister à ces dernières attaques, et je puis vous les dépeindre *de visu*. Soudainement, le pied était pris de brusques saccades, rapides comme l'éclair, qui tantôt imprimaient aux orteils un mouvement instantané d'extension complète, tantôt inclinaient le pied en masse latéralement, vers son bord interne. A cela s'ajoutaient ensuite quelques plus rares soubresauts dans la jambe et la cuisse. Pendant toute la durée de cette crise, qui doit être évaluée à trois ou quatre minutes, le malade conservait sa connaissance pleine et entière au point de pouvoir causer avec moi. — Il paraît néanmoins que, dans le cours d'autres crises de ce genre, l'intégrité de la connaissance avait été moins complète ; plusieurs fois même, disait-on, le malade avait semblé « comme ahuri, hébété, incapable de répondre aux questions qu'on lui adressait, en proie à une sorte de rêve ou d'absence de courte durée ».

Très-commune au membre supérieur, cette forme d'épilepsie circonscrite s'observe moins fréquemment au membre inférieur. Elle est plus rare encore à la face, au moins d'après ce que j'ai observé jusqu'à ce jour.

2° En d'autres cas, les phénomènes convulsifs affectent une forme plus étendue, constituant l'épilepsie partielle *hémiplégique*, ou mieux *latéralisée*.

Celle-ci est remarquablement fréquente comme symp-

tôme de syphilis cérébrale. Elle consiste encore, à la façon de la précédente, en une série de spasmes convulsifs qui se produisent en pleine connaissance ; mais ici ces spasmes, au lieu de rester limités à un département musculaire circonscrit ou à un membre, s'étendent à *une moitié du corps,* l'autre moitié d'ailleurs restant absolument indemne.

Le point de départ de ces convulsions unilatérales est variable. Il réside le plus habituellement, et de beaucoup, dans le membre supérieur, d'où les convulsions se propagent ensuite à la face, au cou, à la langue et au membre inférieur. Plus rarement cette forme latéralisée débute par le membre inférieur ou la face.

Telle est, quant à sa modalité musculaire, quant à sa localisation topographique, l'épilepsie partielle.

Mais cette forme d'épilepsie n'est pas seulement intéressante par le fait de sa circonscription, qui contraste avec la généralisation habituelle des convulsions épileptiques vulgaires. Elle comporte un second caractère très-essentiel, à savoir : la *conservation de la connaissance.* En d'autres termes, elle n'est pas seulement une épilepsie partielle ; elle est encore une épilepsie CONSCIENTE. Ceci mérite quelques détails.

A l'inverse de ce qui se produit dans l'accès vulgaire du grand mal, la connaissance reste conservée à des degrés divers dans la crise d'épilepsie partielle. Au début de l'attaque et pendant sa durée, le malade — à des degrés divers, je le répète, — reste *compos sui.* Il voit sa crise, il y assiste, il en suit — et non sans anxiété — les péripéties successives. Souvent même il est spectateur assez attentif de ses propres accès pour qu'après coup il les

raconte, il les décrive dans leurs moindres détails. C'est ce dont témoignerait au besoin un volumineux dossier que j'ai là sous la main et dans lequel un malade de cet ordre, narrateur de son observation personnelle, expose tout au long, aussi bien que pourrait le faire un pathologiste, les particularités de semblables accès.

Relativement à cette conservation curieuse de la connaissance, je dois ajouter que les crises d'épilepsie partielle sont loin d'être toujours identiques à elles-mêmes. Je m'explique.

Il est bon nombre de ces crises dans lesquelles la connaissance non-seulement reste conservée d'un bout à l'autre, mais reste pleine et entière, absolument indemne, pendant tout le temps que durent les spasmes convulsifs.

Exemple typique, véritable modèle du genre à double égard, tant au point de vue de l'état de la connaissance que sous le rapport des troubles musculaires :

Un malade syphilitique, dont je vous ai déjà entretenus incidemment, commence par éprouver plusieurs attaques d'épilepsie convulsive complète avec sidération, perte de connaissance, convulsions généralisées, stertor apoplectiforme, etc. Plus tard s'entremêlent à ces accès d'autres crises très-différentes des premières et constituées invariablement de la façon suivante : comme premier phénomène, invasion subite d'une douleur constrictive enserrant le poignet gauche à la façon d'un bracelet ; — puis, raideur de tout le bras correspondant ; — convulsions de ce membre, saccadées, intenses ; — mouvements convulsifs se propageant ensuite à la moitié gauche de la face ; spasmes, sautillements, grimaces,

distorsion de cette moitié du visage ; — simultanément, convulsions de la langue, qui toujours, sans exception, est mordue du côté gauche ; — enfin, plus tardivement, convulsions du membre inférieur gauche, qui s'étend, se raidit « comme une barre de fer », puis est agité de secousses violentes. Tout cela dure une ou deux minutes en général, trois ou quatre quelquefois.

Et pendant tout ce temps, le malade conserve sa connaissance, reste *compos sui*. Il parle même, il indique où il souffre, il demande qu'on lui serre énergiquement le poignet (ce qui, croit-il, le soulage et diminue la durée de l'attaque); bref, il assiste à sa crise, sans perdre un seul instant la perception de ses propres souffrances et la notion du monde extérieur.

Tel est par excellence, Messieurs, un type d'épilepsie partielle et consciente.

Mais toutes les crises d'épilepsie partielle ne s'accompagnent pas d'une égale intégrité des facultés perceptives. Ainsi, d'abord, il est des cas et en bon nombre où la connaissance, sans être perdue le moins du monde, est plus ou moins altérée. Elle subit une atteinte immédiate dès le début de la crise, et reste ensuite comme obnubilée. Ici encore le malade assiste bien à son attaque et s'en rend parfaitement compte, mais il ne peut plus parler, en dépit de tous ses efforts ; il ne peut plus répondre même par monosyllabes, bien qu'il comprenne les questions qu'on lui adresse. Exemple :

Un de mes malades causait tranquillement, assis entre sa femme et moi. Tout à coup il cesse de parler, et sa physionomie prend une expression étrange ; il semble frappé subitement de stupeur avec immobilisation téta-

nique. Puis toute la moitié *gauche* du corps (et la gauche seulement, notez bien cela) est prise de convulsions : le bras *gauche* se raidit, se tord, et est entraîné vers la partie postérieure du tronc ; — les doigts se fléchissent et se crispent ; — le membre inférieur *gauche* s'étend et reste maintenu dans une rigidité invincible ; — la bouche se dévie ; — la tête enfin exécute un mouvement de rotation forcée vers le côté *gauche*, et conserve cette attitude pendant toute la durée de la crise ; — finalement de petites secousses rhythmiques agitent l'avant-bras et la main, toujours du côté gauche ; — et l'accès se termine après trois ou quatre minutes de durée.

Or, pendant tout le temps que dure cette attaque, la connaissance reste conservée. Seulement le malade ne répond pas, même par un mot, même par un geste, aux questions que nous lui adressons et que sa femme surtout réitère avec insistance. Sa physionomie exprime l'ahurissement et la terreur. Mais, je le répète, l'intelligence et la connaissance ne sont nullement anéanties ; le malade voit et comprend sa crise ; on lit sur son visage les impressions successives qu'il ressent. Lui-même d'ailleurs, le lendemain, nous racontait dans ses moindres détails l'épisode de la veille, à peu près aussi exactement que nous eussions pu le faire, sa femme et moi.

Enfin, Messieurs, il se rencontre encore des cas (ceux-ci, il est vrai, bien plus râres) où, sans être abolie, la connaissance est bien plus fortement affectée que dans l'exemple précédent. Elle est alors à demi éteinte, et le malade n'a plus qu'une conscience *confuse* de sa crise. C'est ainsi qu'un de mes clients, après avoir

été affecté pendant plusieurs mois d'attaques de grand mal, a présenté plus tard un certain nombre d'accès d'épilepsie latéralisée, pendant lesquels les fonctions intellectuelles, pour n'être pas suspendues absolument, étaient cependant gravement atteintes. Dans le cours de ces nouveaux accès, il ne conservait, pour ainsi dire, qu'une *demi-connaissance ;* il était incapable de proférer une seule parole ; il ne saisissait qu'imparfaitement le sens des questions qu'on lui adressait ; il ne se rendait compte que d'une manière obscure et très-incomplète des troubles moteurs qui constituaient l'attaque.

De même, un autre malade que je traite actuellement est sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie latéralisée, pendant le cours desquelles la connaissance semble presque éteinte. Elle ne l'est pas absolument néanmoins, comme j'ai pu m'en convaincre d'une façon assez particulière. Plusieurs fois ses parents et moi nous avions remarqué que, pendant ses crises, il étendait la main du côté non convulsé vers la ruelle de son lit et la tenait élevée de la sorte jusqu'à la fin de l'attaque. Comme nous lui demandions un jour la raison de cette attitude étrange, il nous l'expliqua en nous montrant un Christ appendu à son alcôve : « Le geste qui vous a surpris, nous dit-il, est une invocation à ce divin Sauveur, en vue d'obtenir la fin de mes souffrances au moment de la crise. » Donc la conscience, vous le voyez, était assez bien conservée chez ce malade pendant la durée de ses attaques pour permettre, d'une part, la conception d'un recours à une intervention divine, et, d'autre part, l'exécution d'un geste suppliant.

Il faut savoir d'ailleurs — et je m'empresse de l'a-

jouter — que, pour un très-grand nombre de cas, l'épilepsie partielle et consciente ne constitue en quelque sorte qu'un prélude à une crise plus complète avec perte absolue de la connaissance. L'accès alors se compose de *deux actes,* si je puis ainsi parler, et se déroule de la façon suivante :

1° Au début, pendant un laps de temps qui peut durer d'une demi-minute à deux ou trois minutes, scène usuelle d'épilepsie partielle et consciente. Des convulsions, par exemple, se produisent soudain dans un membre supérieur, envahissent la face et le membre inférieur du même côté ; la connaissance cependant reste absolument intacte à cette période de la crise.

2° Puis, à un moment donné, la connaissance se suspend soudain, s'éteint brusquement et totalement, comme dans l'attaque d'épilepsie vulgaire. C'est là le signal d'une seconde phase de la crise, phase plus durable que la première et se continuant par les mêmes phénomènes convulsifs, pour aboutir en dernier lieu au stertor apoplectiforme.

Dans ce second acte de la crise, deux alternatives sont possibles relativement à la forme des troubles moteurs :

Ou bien les spasmes convulsifs restent *latéralisés,* c'est-à-dire ne persistent que dans le territoire restreint où ils avaient apparu tout d'abord. Ce cas est assez rare.

Ou bien, ce qui est plus commun, les spasmes *se généralisent* en même temps que survient la perte de connaissance, c'est-à-dire envahissent tout le système musculaire.

Il est alors très-habituel que, tout en se généralisant

de la sorte, les convulsions restent beaucoup plus fortes et se prolongent plus longtemps dans le côté primitivement atteint. C'est là encore, si l'on peut parler ainsi, de l'*épilepsie partielle prédominante* dans une crise d'épilepsie généralisée.

Du reste, Messieurs, ces diverses formes de l'épilepsie partielle ne sont que des variétés d'une même modalité pathologique. Et la preuve, c'est qu'elles s'associent ou, pour mieux dire, se succèdent souvent chez le même malade. Ainsi il est fort ordinaire de voir un sujet éprouver tour à tour des crises d'épilepsie partielle typique, restant partielles et conscientes pendant toute leur durée, et des crises d'épilepsie qui, originairement latéralisées et conscientes, aboutissent plus tard à la perte de connaissance avec convulsions plus ou moins généralisées. Les exemples de ces cas mixtes abondent et surabondent. J'emprunterai le suivant à M. Charcot :

« Un confrère étranger, raconte le savant professeur, me fit prier, le 26 août 187., de venir le voir pour lui donner un avis dans les circonstances suivantes : Dînant l'avant-veille chez un ami, il avait été tourmenté, pendant toute la durée du repas, par l'exaspération d'un mal de tête dont il souffrait à un degré modéré depuis plusieurs jours déjà. Au sortir de table, il résolut de se rendre immédiatement chez lui à pied. Mais à peine avait-il fait quelques pas dans la rue que tout à coup son membre inférieur droit fut pris de rigidité et en même temps secoué en quelque sorte par des convulsions rhythmiques précipitées et violentes. Presque aussitôt après, le membre supérieur du même côté fut envahi à son tour de la même façon ; et, à ce moment, M. B...

tomba sans connaissance sur le trottoir. A son réveil, il se trouva, à sa grande surprise, couché dans son lit où on l'avait transporté. La perte de connaissance avait duré peut-être une heure.

« Pendant la nuit qui fut sans sommeil, et durant la journée du lendemain, des attaques du même genre se reproduisirent à trois ou quatre reprises. Seulement aucune de celles-ci n'alla, comme l'avait fait la première, jusqu'à la perte de conscience. Chaque fois qu'elles se produisaient, le malade assistait, non sans émotion, à l'envahissement progressif et régulier des mouvements convulsifs, qui, commençant toujours par le membre inférieur gauche, gagnaient ensuite le membre supérieur du même côté et quelquefois, en outre, la moitié correspondante de la face, etc. (1). »

Donc, ici, première crise d'épilepsie partielle, aboutissant à une attaque complète avec perte de connaissance, et crises ultérieures consistant exclusivement en accès d'épilepsie partielle et consciente (2).

(1) *Progrès médical*, 27 janvier 1877.

(2) Un fait semblable m'a été obligeamment communiqué par M. le Dr Brouardel. Le voici sommairement :

« M. X..., âgé de 40 ans, contracte un chancre induré en février 1871. — Divers accidents secondaires dans le cours de la même année et de la suivante (roséole, angine, plaques muqueuses, etc.). — Traitement prolongé par les pilules de proto-iodure. — Nul autre accident pendant deux années environ.

« En avril 1874, le malade est pris subitement, pendant qu'il travaillait à son bureau, d'accidents bizarres, consistant en ceci : douleur soudaine, très-intense, dans le côté droit et au niveau du foie, approximativement ; cette douleur force le tronc à s'incliner du même côté ; elle ne dure que quelques secondes. Puis, immédiatement, le bras droit se tord sur son axe en pronation forcée et est agité de mouvements convulsifs. Le malade assiste, *sans perdre connaissance*, à cette crise qui dure de une à deux minutes. — Un quart d'heure plus tard, seconde crise, absolument semblable et durant le même temps ; la connaissance est encore

Il y a plus. Les diverses formes de l'épilepsie partielle peuvent être réunies, groupées, dans une seule et même crise, d'intensité et de durée anormales. Cela, à coup sûr, est très-exceptionnel, mais enfin cela s'est vu.

J'ai été témoin, pour ma part, d'un fait de ce genre sur un de mes clients, lequel, affecté d'une volumineuse exostose de la région fronto-pariétale droite et, certainement aussi, de lésions méningo-cérébrales correspondantes, était sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie partielle gauche. Un jour ce jeune homme resta en état de mal pendant près de quatre heures et subit une série de crises subintrantes de divers genres, constituées les unes par de l'épilepsie partielle et consciente exclusivement (1); — d'autres par de l'épilepsie partielle avec tendance à la généralisation des spasmes convulsifs et

conservée. — Une troisième crise se produit dix à quinze minutes après la seconde; cette fois le malade perd connaissance.

« Les jours suivants, deux attaques épileptiformes, avec convulsions *unilatérales* et rotation de la tête du côté où siégent les convulsions, mais sans pâleur de la face et *sans perte de la connaissance.*

« Traitement : frictions mercurielles et bromure de potassium (4 grammes par jour). — Suspension immédiate des accidents.

« Depuis cette époque, le malade a été affecté d'un double sarcocèle syphilitique. — En mai 1875, il a été repris de nouveaux accidents épileptiformes, analogues à ceux de l'année précédente, mais beaucoup moins intenses, lesquels ont également cédé au traitement spécifique. »

(1) Détail intéressant : dans l'une de ces crises, la main droite, saisie de spasmes violents, était entraînée vers la face qu'elle venait frapper brutalement. Or, *de sa main gauche, le malade cherchait à contenir les mouvements de la main droite.* — N'est-ce pas un fait curieux de voir ainsi, au cours d'une crise épileptique, un malade combattre ses propres convulsions et s'efforcer avec intelligence de se préserver contre elles ? Ce fait, assurément, est en complète harmonie avec les conditions mêmes de l'épilepsie consciente; mais il ne laisse pas de nous surprendre, par contraste avec ce que nous avons l'habitude d'observer dans l'épilepsie vulgaire.

obnubilation de la connaissance; — d'autres, enfin, par de l'épilepsie généralisée (toujours prédominante à droite cependant), avec perte tantôt incomplète et tantôt absolue de la conscience.

Autre point. La conservation plus ou moins complète, souvent intégrale, des facultés perceptives dans l'épilepsie partielle a parfois pour résultat d'introduire dans la scène morbide un symptôme nouveau, qu'on n'est certes pas habitué à constater dans l'épilepsie commune, je veux parler de la *douleur*.

Chez un certain nombre de malades, les spasmes convulsifs de l'épilepsie partielle s'accompagnent d'une sensation douloureuse plus ou moins intense. La douleur est-elle légère, elle peut alors n'être guère remarquée, parce qu'elle disparaît dans la surprise, l'ahurissement (passez-moi le mot) que détermine toujours la secousse comitiale. Mais devient-elle plus forte, elle ne manque pas d'être accusée par les malades, qui alors s'en plaignent amèrement, comme d'un symptôme des plus pénibles surajouté aux spasmes musculaires. Parfois même elle atteint une acuité considérable. Un de mes clients (précisément celui dont je vous parlais en dernier lieu) souffrait cruellement au cours de crises d'épilepsie partielle, qui affectaient le membre inférieur d'une façon plus particulière. Un autre, sujet à des convulsions circonscrites de la jambe et du pied, disait éprouver en ces points une véritable « torture » au moment des accès, et réclamait l'emploi du chloroforme dès qu'il se sentait envahi par la crise.

Lorsque ces spasmes douloureux tendent à se généraliser, l'angoisse devient alors excessive et intolérable.

Je donne actuellement mes soins à un jeune homme qui, après avoir éprouvé plusieurs attaques de cette *épilepsie douloureuse*, n'en parle qu'avec une sorte de terreur. L'une de ces attaques notamment, qui s'est prolongée une demi-heure, a été tellement atroce comme intensité de souffrance qu'elle arrachait au malade, cependant courageux de nature, des sanglots et des cris déchirants. « Si je devais, m'a-t-il répété plusieurs fois, subir une nouvelle crise de ce genre, je n'hésiterais pas à faire le sacrifice de ma vie, car la mort est préférable à un pareil supplice. »

Les cas de cet ordre, j'ai hâte de l'ajouter, ne se rencontrent, très-heureusement, que d'une façon exceptionnelle.

Les suites immédiates des crises d'épilepsie partielle ne présentent rien de spécial. Souvent elles sont nulles et presque insignifiantes. Un rétablissement complet se produit avec la terminaison même de l'accès, et n'est pas sans contraster avec ce qu'on observe fréquemment après les crises d'un autre genre. Il n'est pas rare cependant qu'à l'instar de ces dernières les attaques de l'épilepsie partielle laissent après elles un certain degré d'engourdissement momentané de l'intelligence, d'affaiblissement de la mémoire, de lassitude, de courbature, de débilité musculaire, d'excitabilité nerveuse, etc. — D'autres fois encore, elles sont suivies de *parésies* véritables, affectant le membre ou les membres qui ont été intéressés par les spasmes convulsifs, et persistant l'espace de quelques jours. — Enfin il est des cas où elles marquent le début d'*hémiplégies* progressives qui, généralement incomplètes et partielles tout d'abord, vont ensuite en

s'aggravant pour se confirmer, comme nous le verrons bientôt, à l'état de paralysies définitives (1).

Signalons encore, pour terminer l'étude clinique de cette curieuse épilepsie partielle, quelques particularités dignes d'intérêt.

1° Les crises successives d'épilepsie partielle qui se produisent sur un malade donné *restent toujours identiques à elles-mêmes relativement* à *la moitié du corps qu'elles affectent.*

Est-ce le côté gauche, par exemple, qui a été le siége des spasmes convulsifs dans une première attaque, ce sera toujours et invariablement le côté gauche qu'intéresseront les attaques subséquentes. Pas d'exceptions à cette règle ; pour ma part, du moins, je n'en ai pas encore observé.

Il se peut bien que, dans la moitié du corps affectée, le point de départ des convulsions varie d'une attaque à l'autre, c'est-à-dire que ce soit tantôt le bras, tantôt la jambe, tantôt même la face, qui subisse le premier choc de la crise spasmodique. Encore cette variabilité de début n'est-elle qu'assez rare, relativement à l'ordre des cas usuels où la crise fait invariablement explosion dans le même point.

Comme exemple, je vous citerai le fait d'un de mes

(1) A la suite d'une crise de ce genre, un de mes malades présenta, pendant une quinzaine, un phénomène singulier, consistant en des accès de rire ou plutôt de *sourire spasmodique*, qui se produisaient presque à tout instant et s'exagéraient encore de fréquence à la moindre émotion. Rien n'était plus pénible que de voir ce malade sourire à tout propos, non moins que hors de propos, et sourire jusqu'en pleurant, alors par exemple que, les larmes aux yeux, il me faisait le récit de ses crises et de ses souffrances. — C'est le seul cas de cet ordre que j'aie jusqu'à ce jour observé.

clients qui a subi, dans l'espace de quinze mois, plus de soixante attaques d'épilepsie partielle, lesquelles ont eu *toutes* pour exorde identique un spasme du pied et de la jambe, soit d'ailleurs pour y rester limitées, soit pour envahir consécutivement la moitié correspondante du corps ou même se généraliser.

2° *Les crises d'épilepsie partielle peuvent exister seules ou bien alterner avec des crises d'un autre mode.*

Elles peuvent exister seules. De cela je vous ai déjà relaté plusieurs exemples ; rappelez-vous entre autres le cas du malade observé par M. Charcot.

Elles peuvent alterner avec des crises d'épilepsie complète, commune. Cette seconde forme mixte est, à coup sûr, bien plus rare que la première.

3° Les attaques d'épilepsie partielle sont plus ou moins fréquentes, et, à cet égard, tous les degrés, toutes les variétés se présentent à l'observation.

Inutile de dire qu'elles vont se répétant à intervalles d'autant plus rapprochés que l'affection a vieilli et que les lésions cérébrales progressent. Mais ce qui est plus intéressant à signaler, c'est que la fréquence de ces attaques varie suivant la forme même que revêtent les spasmes convulsifs. Ainsi les grandes crises, c'est-à-dire celles qui consistent en spasmes occupant tout un côté du corps avec ou sans tendance à la généralisation, ne se produisent guère en général, à la façon des crises de forme commune, qu'à échéances plus ou moins distancées les unes des autres, à échéances de plusieurs semaines par exemple, au minimum de plusieurs jours. Tout au contraire, les petites crises, celles qui sont constituées

par des convulsions partielles, circonscrites, limitées à un département musculaire, offrent une tendance manifeste à se répéter avec une bien autre fréquence. Un de mes malades éprouva chaque jour, pendant un mois, des secousses rhythmiques dans un bras. Un autre resta sujet pendant plus d'un an à ce qu'il appelait « une inquiétude constante dans le pied et la jambe gauches », qui de temps à autre, toutes les semaines pour le moins et quelquefois presque quotidiennement, devenaient le siége de mouvements convulsifs saccadés, avec crispation musculaire très-douloureuse.

Telle est, Messieurs, sans descendre à d'autres détails, cette curieuse épilepsie partielle qui prend place fréquemment dans le cours des encéphalopathies spécifiques.

Or, quel intérêt se rattache donc à cette forme particulière de crises épileptiques et m'a conduit à insister sur elle comme je viens de le faire?

Cet intérêt, vous allez en comprendre la valeur. Il est double, si je puis ainsi parler.

D'une part, en effet, cette forme particulière de crises constitue dans l'espèce un témoignage clinique en faveur d'une *épilepsie symptomatique*, à l'exclusion d'une épilepsie simple, essentielle, purement névrosique;

Et, d'autre part, elle comporte une *signification anatomique*, relativement au siége des lésions dont elle dérive.

Je m'explique.

I. — Je dis en premier lieu que cette forme spéciale de crises accuse une épilepsie symptomatique, à l'exclusion d'une épilepsie simple.

Et, en effet, Messieurs, des accès d'épilepsie partielle,

tels que ceux dont il vient d'être question, ne se rencontrent pas dans l'épilepsie vraie, ou ne s'y rencontrent que d'une façon excessivement rare. Je sais qu'on a dit le contraire ; je sais qu'on a parlé de certains accès convulsifs incomplets, susceptibles de se manifester dans l'épilepsie vulgaire, notamment en tant que préludes du mal comitial. Mais, j'en appelle aux praticiens qui me font l'honneur de m'écouter, est-ce que de tels accès s'observent *habituellement* dans l'épilepsie purement névrosique? Est-ce que, s'ils sont possibles et authentiques (ce que je me garderais de nier), ils ne sont pas en tout cas absolument rares, et plus que rares, exceptionnels? De l'aveu général, — et je ne parle ici qu'après m'être renseigné à nouveau près des hommes les plus compétents en pareille matière, — l'épilepsie vulgaire a pour caractère presque constant d'être une *épilepsie totale*, pouvant bien donner lieu (et cela même assez fréquemment) à de certains troubles partiels prédominants, mais toujours remarquable par sa tendance à la *généralisation* ou à la *quasi-généralisation* des spasmes musculaires. C'est là, Messieurs, un fait que je crois absolument indiscutable.

Or, inversement, les épilepsies symptomatiques s'accusent, sinon toujours, au moins habituellement, sous la forme d'épilepsie partielle. Et c'est là un caractère qui, de prime abord, les différencie de l'épilepsie purement névrosique.

Ce caractère, maintenant, vous le donnerai-je comme mathématiquement sûr, infailliblement pathognomonique? Non, sans doute, et je m'efforcerai tout au contraire de ne pas vous le présenter comme tel. Je ne viens pas tracer une ligne de démarcation brutale, absolue, en

disant : « Toute épilepsie générale est invariablement névrosique ; et toute épilepsie partielle est forcément symptomatique ». Car, formulée de la sorte, cette proposition serait à divers titres inacceptable. Mais je viens dire seulement, ce qui, je crois, est la stricte vérité : « A s'en tenir aux faits d'observation courante, l'épilepsie pure est une épilepsie à crises convulsives générales, totales ; tandis que les épilepsies symptomatiques sont le plus souvent des épilepsies à convulsions partielles. Plus une épilepsie se localise, plus elle s'éloigne du type de l'épilepsie proprement dite, pour attester comme origine une lésion partielle. »

Cela posé, voyez actuellement, Messieurs, l'application dans l'espèce :

Étant donnée une crise d'épilepsie partielle, le médecin sera conduit, par le fait seul du caractère *partiel* de cette crise, à la considérer comme l'expression d'une lésion locale de l'encéphale, et à rejeter l'hypothèse d'une épilepsie pure et simple. Résultat diagnostique considérable, dont aucun de vous, à coup sûr, ne contestera l'importance.

II. — Ce n'est pas tout. « En second lieu, vous ai-je dit, cette épilepsie partielle comporte encore une autre signification, une signification anatomique, relative au *siége* probable de la lésion. » Ce point particulier, de connaissance récente, va réclamer toute votre attention.

D'après ce que nous ont appris les recherches contemporaines sur les localisations cérébrales, une épilepsie partielle attesterait presque sûrement une lésion limitée de la *zone motrice corticale* ou tout au moins des parties immédiatement contiguës à cette zone.

Il résulte, en effet, d'expériences physiologiques et d'observations cliniques (parfaitement concordantes d'ailleurs) que l'épilepsie partielle est presque toujours en relation avec des lésions de l'écorce motrice, quelle que soit d'ailleurs la nature de ces lésions.

La physiologie, d'une part, a démontré ceci : que, si l'on excite légèrement par un courant électrique la surface du cerveau au niveau de certaines parties qui ont reçu le nom de *centres moteurs corticaux* (et qui sont, comme vous le savez, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, avec le lobule paracentral), on détermine de la sorte, dans le côté du corps opposé à l'hémisphère cérébral soumis à l'expérience, des mouvements physiologiques des membres et de la face.

Si l'on prolonge l'excitation en ces mêmes points, il en résulte, d'abord, des convulsions limitées ; puis (sans doute par un effet de diffusion) se produisent des convulsions plus étendues, toniques et cloniques, occupant toujours le côté du corps opposé à l'hémisphère excité. Quelquefois même, mais plus rarement, on aboutit, comme dernier phénomène, à provoquer une crise convulsive complète et généralisée (1).

D'ailleurs, ce n'est pas seulement sur les animaux qu'on a pu observer les convulsions épileptiformes consécutives à l'excitation expérimentale de la zone motrice corticale. Dans un cas qui restera tristement célèbre, un chirurgien, ayant rencontré un malade dont le cerveau était à nu dans la région pariétale, eut l'audace d'enfoncer des aiguilles jusque dans la substance

(1) V. David Ferrier, *Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales*, trad. de Duret. Paris, 1874.

corticale sous-jacente, et d'y faire passer un courant faradique. Il détermina ainsi des contractions spasmodiques dans différents groupes musculaires du côté opposé du corps. Mais ayant voulu ensuite augmenter l'intensité du courant il produisit une violente crise épileptiforme, avec perte de connaissance et coma consécutif qui dura vingt minutes. Trois jours après cette expérience, le malade succombait (1).

D'autre part, la clinique a confirmé — et cela, je le répète, d'une façon absolument concordante — ces données de la physiologie. Ainsi de très-nombreux faits, réunis par MM. Charcot et Pitres dans un très-remarquable mémoire de date toute récente (2), nous montrent comme lésions invariables de l'épilepsie partielle des altérations diverses de la substance grise siégeant au niveau de la zone motrice corticale. De semblables lésions développées ailleurs ne déterminent pas l'épilepsie partielle, tandis qu'elles la produisent d'une façon presque invariable alors qu'elles affectent la région motrice des circonvolutions fronto-pariétales. Cela est péremptoire.

Donc, vous le voyez, Messieurs, d'après les conquêtes de la science nouvelle, l'épilepsie partielle ne témoignerait pas seulement d'une épilepsie symptomatique ; elle serait, en outre, la traduction, l'expression de certaines localisations spéciales, à savoir de *lésions périphériques, occupant la substance grise ou la substance blanche sous-*

(1) Bartolow, *Experimental Investigation into the functions of the human brain* (*The American Journal of the medical science*, avril 1874).

(2) *Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères du cerveau*, par MM. Charcot et Pitres (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*).

jacente AU NIVEAU DE LA ZONE MOTRICE FRONTO-PARIÉTALE.

Ne négligeons pas d'enregistrer précieusement un tel résultat, comme une déduction intéressante des recherches contemporaines. Mais ne l'enregistrons toutefois qu'avec une certaine réserve et sous bénéfice d'inventaire ultérieur, si je puis ainsi parler. Car bien jeunes encore sont nos connaissances sur les localisations cérébrales, et nous sommes ici sur un terrain mouvant, où l'édifice de la veille n'est que trop souvent ébranlé le lendemain.

D'ailleurs, en ce qui nous concerne spécialement, nous ne disposons pas encore d'un nombre suffisant d'observations pour affirmer que l'épilepsie partielle de la syphilis reconnaît comme cause invariable des lésions corticales de la zone motrice fronto-pariétale. Certains faits nous donnent à penser qu'il en est ainsi et que cette relation de l'épilepsie partielle avec une lésion d'un siége particulier s'observe dans la syphilis aussi bien que dans toute autre maladie. Mais, je le répète, ces faits sont encore en trop petit nombre pour autoriser des conclusions définitives.

Disons seulement que toutes les probabilités sont en faveur de cette manière de voir. Tout d'abord, *a priori*, si la relation anatomique de l'épilepsie partielle avec une localisation spéciale des lésions est acquise d'une façon générale, il est évident que les lésions syphilitiques ne sauraient se soustraire à la loi commune. Ce n'est pas, en effet, la *qualité* de la lésion qui constitue l'épilepsie partielle ; c'est uniquement son *siége*, sa localisation à tel district du cerveau ; et toute lésion développée en ce point, qu'elle soit syphilitique ou non, aboutira nécessairement aux mêmes expressions cliniques.

De plus, ajoutons que certaines particularités portent à croire que l'épilepsie partielle d'origine syphilitique doit avoir son siége dans l'écorce cérébrale de la région fronto-pariétale. Citons comme telle, d'abord, la relation significative de ces deux faits également indéniables : d'une part, la fréquence des phénomènes épileptiques partiels dans la syphilis ; et, d'autre part, la fréquence bien connue des lésions périphériques, *corticales*, de la syphilis, spécialement au niveau des régions antéro-latérales du cerveau. — Rappelons, en second lieu, la connexion évidente avec l'épilepsie partielle syphilitique de cette *céphalalgie fronto-pariétale*, fixe et bien circonscrite, dont je vous ai déjà parlé à plusieurs reprises. Nombre de malades, vous le savez, accusent une céphalalgie de ce genre comme prodrome de leurs accès convulsifs. — Mentionnons enfin l'existence d'un certain nombre de cas dans lesquels on a observé l'épilepsie partielle en relation avec des lésions fronto-pariétales. Tel est, entre autres, celui d'un de mes malades dont il a été déjà question précédemment. Cet homme est affecté depuis une quinzaine de mois d'une volumineuse exostose crânienne droite, correspondant exactement comme siége à la zone motrice fronto-pariétale. Or, depuis le même temps, il a été sujet à de très-fréquentes attaques d'épilepsie partielle, toujours circonscrite ou prédominante à gauche. Plusieurs fois je suis parvenu par un traitement des plus énergiques à réduire cette exostose, et alors les phénomènes épileptiques ont disparu tout aussitôt ; mais plusieurs fois aussi cette exostose s'est reproduite, et, parallèlement, les accidents d'épilepsie se sont renouvelés.

Donc, et sous toutes réserves, je le répète, l'épilepsie partielle syphilitique a sa raison anatomique probable.

comme toutes les autres épilepsies partielles, dans des lésions *périphériques* du cerveau siégeant au niveau de la *zone motrice corticale.*

Cela dit, résumons actuellement le premier point de notre exposé, dont les digressions précédentes nous ont quelque peu éloignés. Nous recherchions si l'épilepsie syphilitique se distingue ou non de l'épilepsie vulgaire par les phénomènes constitutifs de ses crises; à quoi avons-nous abouti dans cette étude?

A ceci :

1° Que, dans un certain nombre de ses crises, crises convulsives de forme complète, l'épilepsie syphilitique ne se différencie de l'épilepsie vulgaire par aucun phénomène important, réellement distinctif;

2° Mais qu'inversement elle s'en distingue parfois d'une façon très-nette, très-significative, en se traduisant par des crises d'épilepsie *partielle,* lesquelles attestent d'une façon à peu près irréfutable une épilepsie d'ordre *symptomatique.*

Voilà, Messieurs, notre récolte sur ce qui concerne le premier point que nous avions à discuter. Passons maintenant au second.

II

L'épilepsie syphilitique se différencie-t-elle de l'épilepsie vulgaire par quelque particularité propre dans le mode d'apparition et de succession de ses crises?

On a dit que l'épilepsie syphilitique se distinguait en cela qu'elle « fait de préférence ses accès la nuit »,

qu'elle est surtout une épilepsie *nocturne*. Ce n'est là, Messieurs, qu'une affirmation purement théorique, que ne confirme en rien l'observation.

Sans doute l'épilepsie syphilitique a des accès nocturnes. Mais elle a aussi ses accès diurnes, et ceux-ci même sont incomparablement les plus fréquents. Qui ne sait, d'ailleurs, que dans l'épilepsie vulgaire les attaques de nuit sont assez communes? — Donc, en réalité, rien à tirer de ce prétendu signe.

Cependant, puisque nous avons été amenés à parler de cette épilepsie nocturne, profitons de l'occasion pour placer ici une remarque de pratique qui a bien son intérêt. Cette épilepsie, par la force même des choses, est exposée à passer souvent *inaperçue*, ainsi que j'en ai eu la preuve plusieurs fois. Se produisant, en effet, pendant le sommeil, en un moment où le malade peut être seul, elle a toutes chances naturellement pour rester méconnue. Il se peut bien, à vrai dire, que quelques signes subsistent pour l'attester, comme, par exemple, l'endolorissement de la langue, résultant d'une morsure pendant l'attaque; — l'incontinence nocturne de l'urine ou des matières fécales; — la souillure de l'oreiller, sur lequel on trouve au réveil une ou plusieurs taches plus ou moins larges, grisâtres, quelquefois rosées ou bordées de rose, etc., taches dues, cela va sans dire, à l'écume buccale. — Mais on conçoit de reste que la valeur ou l'interprétation de pareils signes doive facilement échapper aux malades (1).

(1) Le *piqueté hémorrhagique* de la peau pourrait encore servir de témoignage; mais je dois déclarer ne l'avoir jamais observé à la suite des attaques (diurnes ou nocturnes) de l'épilepsie syphilitique. — M. Demarquay en cite un exemple (*Union médicale*, 1857).

Retenez bien, je vous prie, Messieurs, ces dernières particularités, car il importe de les avoir présentes à l'esprit pour y rattacher la signification qu'elles comportent. C'est par elles que vous pourrez être mis sur la piste d'accidents épileptiques *ignorés* ou *méconnus*, qu'il y a tout intérêt à surprendre le plus près possible de leur origine.

J'ai dans mes notes, par exemple, l'observation d'un malade sur lequel j'ai découvert l'épilepsie, avant la première attaque comitiale évidente, grâce à une incontinence accidentelle des matières fécales pendant la nuit. Le malade, syphilitique de vieille date, me consultait simplement pour une céphalée violente à retours vespérins; au moment de se retirer, et comme si cette confession lui eût coûté plus que toute autre, il me raconta que trois fois il lui était arrivé, à sa grande honte, « de s'oublier la nuit dans son lit ». Je soupçonnai tout aussitôt que cette évacuation nocturne des matières n'était rien autre que le témoignage d'accès épileptiques survenant pendant le sommeil. Et, effectivement, l'évolution ultérieure vint bientôt me donner raison. Trois jours ne s'étaient pas écoulés depuis notre entrevue que le malade, en dînant, était pris d'une crise comitiale des plus évidentes.

Une autre fois, j'ai été consulté par un malade qui venait d'être affecté d'une crise épileptique franche; cette crise, disait-on, était le *premier* accident de ce genre que mon client eût éprouvé jusqu'à cette époque. Mais, renseignements pris, j'apprenais ceci de la femme du malade : que déjà plusieurs fois, la nuit, elle avait été réveillée en sursaut par des mouvements étranges, brusques et violents de son mari, par des « coups de poing,

des coups de coude, qu'il lui assénait tout en dormant ». Les premières fois, elle avait cru à un rêve, à un cauchemar; mais l'une des nuits suivantes, inquiète et mieux avisée, elle avait allumé une bougie et avait vu alors son mari « tout bleu, ronflant, la bouche couverte d'écume, le visage bouleversé, etc. ». L'évidence était formelle, et conséquemment plusieurs crises épileptiques *nocturnes* avaient précédé la crise diurne que l'on considérait comme la première.

Autre point : relativement à l'évolution, on a prétendu que l'épilepsie syphilitique avait pour caractère de procéder par séries d'accès, séries largement espacées les unes des autres, mais composées d'accès très-rapprochés. Ce fait, d'abord, n'est rien moins que démontré, et je ne le trouve pas plus conforme aux observations déjà contenues dans la science qu'à celles dont je dispose personnellement. Serait-il même authentique, d'ailleurs, qu'il n'aurait rien de spécifique, ce me semble, et cela pour la bonne raison que l'épilepsie vulgaire, essentiellement variable comme marche, présente assez communément le mode d'évolution dont il s'agit.

En résumé donc, au point de vue qui nous occupe ici, rien à tirer, comme élément de diagnostic différentiel, du mode d'apparition et de succession des crises.

III

Enfin, *dans les intervalles des crises*, dans les stades intercalaires qui séparent les accès, l'épilepsie syphiliti-

que présente-t-elle quelques phénomènes qui la distinguent de l'épilepsie vulgaire?

Ce dernier point, Messieurs, mérite toute notre attention, car c'est ici, surtout ici, que nous allons trouver les bases sérieuses d'un diagnostic différentiel (1).

A coup sûr, c'est dans les intervalles de ses crises que l'épilepsie syphilitique ou, pour mieux dire, la forme épileptique de la syphilis cérébrale se distingue nettement de l'épilepsie simple.

Et comment cela? — De la façon suivante :

Dans l'épilepsie commune, les intervalles des crises sont des stades de pleine santé, sinon toujours, au moins pour l'énorme majorité des cas. En dehors de ses crises ou de son « état de mal », l'épileptique vrai est habituellement un individu *bien portant*, indemne de tout désordre morbide.

Tout au contraire, l'épileptique par syphilis est un *malade*, un malade même en dehors de ses crises, un malade qui traduit d'une façon continue ses lésions cérébrales par des manifestations quelconques, et souvent par des troubles intenses.

C'est seulement à une époque voisine de son début que l'épilepsie syphilitique se rapproche de l'épilepsie vulgaire par l'absence de phénomènes morbides dans les intervalles des crises convulsives. Mais bientôt elle en

(1) On ne lira pas sans un vif intérêt, relativement aux questions qui vont suivre, les très-remarquables leçons récemment publiées par le Dr Broadbent (*Lettsomian Lectures on syphilitic affections of the nervous system*, The Lancet, 1874).

Voir aussi : *On syphilitic epilepsy*, par le Dr Reuben A. Vance (*The American Journal of syphilography and dermatology*, édité par M. H. Henry, vol. II, 1871).

diffère, et elle en diffère précisément par ce fait que les stades intermédiaires aux crises cessent d'être des stades de pleine santé. Sauf exceptions rares, en effet, quelques mois ne se sont pas écoulés depuis l'apparition des premières attaques épileptiques, que déjà commencent à se révéler divers *troubles cérébraux*, sans parler même des cas assez nombreux où des troubles de ce genre accompagnent, sinon devancent, l'invasion première des accidents comitiaux.

Quels sont donc les troubles qui viennent de la sorte s'ajouter à la scène morbide et s'intercaler aux crises épileptiques? Déjà vous les connaissez, Messieurs, par ce qui précède, et je n'aurai qu'à vous les rappeler ici succinctement.

Ce sont : la céphalée, d'abord, remarquable à divers titres, par ses retours fréquents, par son caractère rebelle, quelquefois aussi par son intensité, sa circonscription, sa fixité, etc.; — puis, tous accidents congestifs de l'ordre de ceux que nous avons décrits dans l'une de nos dernières réunions : vertiges, étourdissements, éblouissements; — troubles sensoriels, particulièrement du côté de l'ouïe et de la vue; — troubles moteurs, d'abord rares et fugaces, puis de plus en plus fréquents, de plus en plus durables; — troubles intellectuels variés, etc. Rien de plus commun, par exemple, que de voir l'intelligence faiblir, l'état moral se modifier, dès l'invasion des attaques épileptiques, ou tout au moins peu de temps à leur suite.

De là, dans une période jeune encore de l'affection, autant de différences assez saillantes, assez accentuées cliniquement, pour écarter l'hypothèse d'une épilepsie

simple et diriger le diagnostic dans le sens d'une épilepsie *symptomatique*.

Ces différences sont même d'autant plus significatives dans l'espèce — remarquez bien ceci, Messieurs — que l'affection a une origine plus récente. Une épilepsie, qui, jeune encore d'apparition, se complique déjà de troubles cérébraux, diffère d'autant mieux par cela seul de l'épilepsie vulgaire. Elle s'éloigne d'autant plus de cette dernière que l'adjonction de troubles cérébraux s'est produite pour elle *d'une façon plus précoce*. Sans aucun doute, l'adjonction précoce de ces troubles cérébraux constitue dans l'espèce un témoignage important *contre* l'épilepsie commune et *pour* l'épilepsie symptomatique.

Puis, plus tard, à mesure que se confirme la maladie, ces mêmes troubles cérébraux vont en s'accentuant, en se multipliant de plus en plus. Si bien qu'à un moment donné ce qu'on observe est un ensemble complexe de symptômes, ne pouvant plus laisser le moindre doute sur l'existence d'une lésion cérébrale et se résumant à peu près en ceci : d'une part, accidents épileptiques ; mais, d'autre part aussi, troubles intellectuels et moraux, fortement accentués ; — troubles sensoriels; — troubles moteurs, ne consistant plus seulement en parésies légères et fugaces, mais en paralysies vraies, durables, variées de siége, parmi lesquelles figure au premier rang, comme importance et comme fréquence à la fois, l'*hémiplégie*. — Sans compter encore qu'à cette époque il est souvent une lésion objective qui vient offrir au diagnostic le plus utile appoint ; je veux parler d'une *névrite optique* d'un genre particulier, névrite que je

me bornerai quant à présent à signaler, mais que nous devrons bientôt étudier en détail.

En un mot, avec les progrès naturels de la maladie, l'épilepsie originelle, initiale, aboutit toujours, après un certain temps, à se compliquer d'autres phénomènes cérébraux et à se fondre, sinon à s'effacer, dans un groupe symptomatologique plus complexe. Or cette évolution, par elle seule, est amplement significative. Impossible de s'y tromper. Ce n'est pas, certes, une épilepsie névrosique qui procéderait de la sorte, qui suivrait cette marche aiguë, précipitée, rapidement menaçante. Une épilepsie *symptomatique* est seule capable d'expliquer un tel ensemble morbide.

Ainsi, comprenez-le bien, Messieurs, l'épilepsie syphilitique se différencie de l'épilepsie vulgaire en ce qu'elle prend, à un moment donné, les caractères, la physionomie d'une épilepsie *symptomatique*. Et à quoi doit-elle ces caractères, cette physionomie? Précisément aux accidents cérébraux d'autres formes qui viennent de bonne heure s'ajouter à elle et la compliquer cliniquement.

Ajoutons enfin, pour compléter le parallèle diagnostique dont nous poursuivons l'étude, une dernière considération, relative à l'âge du malade, ou, pour mieux dire, à l'*âge auquel sont apparus pour la première fois les accidents épileptiques*. Considération majeure en l'espèce, suffisante à elle seule pour éveiller les soupçons, pour exclure d'emblée l'hypothèse d'une épilepsie vulgaire.

Et en effet, conséquence d'une syphilis déjà plus ou

moins ancienne, d'une syphilis à l'étape tertiaire, l'épilepsie qui nous occupe actuellement ne se manifeste guère au-dessous de 25 à 30 ans; plus souvent même elle ne se produit que dans un âge plus mûr, entre 30, 35, 40 et 45 ans. Or, est-ce que l'épilepsie commune a pour habitude de faire ses débuts à cette période avancée de la vie? Est-elle jamais aussi tardive?

Donc toute épilepsie qui se révèle pour la première fois dans l'âge adulte ou dans l'âge mûr ne saurait par cela même rentrer dans le cadre de l'épilepsie commune. Elle constitue sûrement, par cela même, une épilepsie *symptomatique*, à laquelle il faut trouver une raison, une cause organique. Et alors, si la syphilis figure dans les antécédents du malade, il y a chance, il y a même, dirai-je, probabilité pour qu'une telle épilepsie ait son origine dans une lésion spécifique de l'encéphale.

Tels sont, Messieurs, les principaux éléments qui peuvent concourir au diagnostic différentiel de l'épilepsie syphilitique. Je viens de les analyser séparément devant vous; réunissons-les actuellement, si vous le voulez bien, dans les quelques propositions suivantes :

1° L'épilepsie de la syphilis cérébrale ne se différencie de l'épilepsie vulgaire par aucun caractère propre, par aucun attribut pathognomonique.

2° Elle ne saurait en être distinguée par les symptômes de ses crises habituelles, non plus que par le mode d'apparition et de succession de ses crises.

3° Déjà cependant, au seul point de vue des phénomènes constitutifs de la crise convulsive, elle se différencie parfois de l'épilepsie commune par une modalité spéciale de certains accès, se présentant sous la forme

d'attaques convulsives partielles, avec conservation de la connaissance (*épilepsie partielle*).

4° Mais elle s'en différencie surtout et essentiellement par l'*adjonction précoce d'autres phénomènes cérébraux*, attestant de la façon la plus manifeste une lésion locale de l'encéphale ; en d'autres termes, elle s'en différencie parce que de bonne heure elle revêt l'allure d'une *épilepsie symptomatique*.

5° Enfin, c'est une épilepsie *tardive*, ne faisant son invasion première qu'à un âge de la vie bien postérieur à celui où l'épilepsie commune a pour habitude de se produire.

IV

Nous sommes parvenus, Messieurs, grâce à l'étude qui précède, à différencier l'épilepsie syphilitique de l'épilepsie vulgaire, et à l'en différencier surtout par ce fait qu'elle offre les symptômes, l'évolution, la physionomie générale d'une épilepsie symptomatique.

Ce résultat acquis, pouvons-nous maintenant aller plus loin, pousser plus avant ce diagnostic différentiel, et arriver à dire : « Pour telles ou telles raisons, cette épilepsie symptomatique *est symptomatique de la syphilis;* c'est la vérole qui lui a donné naissance ; c'est de la vérole qu'elle dérive, à l'exclusion de toute autre cause morbide » ?

Eh bien! non, nous ne le pouvons pas, nous n'en avons pas les moyens, bien malheureusement. Le diagnostic clinique a ses limites, et nous sommes arrivés à celles que nous ne saurions plus franchir.

Pourquoi cela ? Parce que, dans la revue que nous venons de faire relativement aux caractères de l'épilepsie syphilitique, nous n'avons pas trouvé un seul symptôme, un seul signe, suffisant à attester la *spécificité* de cette épilepsie.

Et, en effet, que nous a fourni cette revue ? Quelles particularités cliniques nous a-t-elle permis de relever, comme appartenant d'une façon plus spéciale à l'épilepsie syphilitique ?

Simplement les trois considérations suivantes : 1° *âge tardif* auquel l'épilepsie syphilitique fait habituellement son invasion première; — 2° modalité partielle et consciente de certaines crises convulsives (*épilepsie partielle*); — 3° adjonction précoce aux phénomènes épileptiques de *troubles cérébraux* de divers genres.

Et rien de plus, rien autre de plus nettement caractéristique.

Or, quelle valeur présentent ces trois particularités relativement au diagnostic différentiel qu'il nous reste à instituer, c'est-à-dire relativement à la qualité, à la nature d'une épilepsie symptomatique ? En quoi peuvent-elles nous permettre de distinguer l'épilepsie symptomatique de la vérole de toute autre épilepsie symptomatique ? Voyons et discutons.

1° La question d'*âge*, d'abord, est absolument indifférente en fait d'épilepsie symptomatique. Elle perd toute valeur, ou peu s'en faut, du moment qu'il ne s'agit plus de différencier de l'épilepsie vulgaire une épilepsie symptomatique. En tout cas, elle ne fournit dans l'espèce aucun élément propre à différencier l'épilepsie syphilitique de l'épilepsie provenant d'affections d'autre nature.

2° L'épilepsie *partielle*, en second lieu, n'a pas plus de signification diagnostique. Simple effet d'une localisation anatomique, elle révèle des lésions d'*un certain siége*, mais elle ne révèle pas des lésions d'*une certaine nature*. Elle ne préjuge en rien la qualité de ces lésions; elle ne dit pas si ces lésions sont ou ne sont pas syphilitiques. Et la preuve, c'est que cette épilepsie partielle a été constatée avec toutes sortes de lésions affectant la zone motrice corticale, telles, sans parler des syphilomes, qu'abcès, tubercules, tumeurs, pachyméningites de toutes formes, plaques jaunes, cysticerques, etc., etc.

3° Et enfin, quant aux *troubles cérébraux* connexes, ils ne présentent évidemment rien de plus spécial. Ici comme ailleurs, ils consistent en l'ordre des symptômes qui caractérisent les désorganisations cérébrales de tout genre, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature.

Donc, je le répète, l'étude la plus attentive, la plus minutieuse de l'épilepsie syphilitique ne révèle pas dans cette forme d'épilepsie la moindre particularité qui constitue un symptôme propre de syphilis, et qui autorise à affirmer *ipso facto* l'origine spécifique des accidents.

Si l'on voulait trouver à l'épilepsie syphilitique un critérium de spécificité, il faudrait le chercher dans les *résultats du traitement antisyphilitique*. C'est là, et seulement là, qu'on pourrait le rencontrer. Une épilepsie vulgaire, une épilepsie symptomatique dérivant d'une autre source que la vérole, ne bénéficie en rien du traitement de la vérole; tandis que l'épilepsie syphilitique subit ou peut subir de ce traitement une influence curative équivalant dans l'espèce à une démonstration de spécificité.

Mais, en dehors de ce critérium *a posteriori* par la voie thérapeutique, il n'est aucun symptôme, aucun signe, je le répète encore, qui permette de reconnaître et d'affirmer la spécificité de l'épilepsie syphilitique.

Voilà le fait, et ce fait, bien que négatif, n'en est pas moins précieux à enregistrer pour des raisons pratiques que vous allez comprendre dans un instant.

De là suit, comme corollaire, qu'un cas d'épilepsie syphilitique étant donné, nous aurons à le diagnostiquer, c'est-à-dire à le considérer comme un produit de la syphilis, non pas d'après tel ou tel signe spécial ressortant de l'ensemble des phénomènes cliniques, mais bien d'après une simple induction rationnelle que voici :

Tel malade, d'une part, présente actuellement des crises d'épilepsie qui se rapportent manifestement à une épilepsie symptomatique ; — et, d'autre part, ce malade est en puissance de syphilis ; — donc il est possible que cette épilepsie dérive de la syphilis, soit un symptôme, une manifestation d'ordre syphilitique.

A *fortiori* cette induction serait-elle plus légitime encore si les accidents épileptiques actuels coïncidaient avec quelque autre manifestation de nature évidemment syphilitique, telle que exostose, gomme, sarcocèle, ulcération tertiaire, etc.

Joignez maintenant à ce diagnostic par induction ce que j'appellerai le diagnostic *par exclusion*, consistant en la recherche et l'élimination successives de toutes les causes capables, comme la syphilis, de déterminer des accidents épileptiques, et vous aurez la somme exacte des éléments séméiologiques dont dispose le médecin pour établir son jugement en pareille circonstance.

Au total, donc, nous serons amenés à rattacher à la syphilis une épilepsie de forme symptomatique par deux ordres de considérations : 1° parce que nous aurons découvert chez le malade des antécédents spécifiques non douteux; — 2° parce que dans sa santé, dans son état organique actuel, nous n'aurons trouvé aucune cause autre que la syphilis à laquelle il soit légitime de rapporter cette épilepsie. Inutile de vous faire remarquer que cette seconde considération est appelée à servir de complément indispensable à la première.

Établi sur de telles bases, le diagnostic de l'épilepsie syphilitique ne laissera pas, à coup sûr, d'offrir un côté vulnérable, en raison de l'absence de tout signe propre, pathognomonique, attestant d'une façon irrécusable l'influence de la diathèse. Mais que de maladies, que d'états morbides sont privés de signes pathognomoniques ! De sorte qu'à tout prendre le diagnostic en question ici ne diffère pas de tant d'autres que nous sommes habitués à résoudre sur des données non moins équivoques. En l'espèce même, dirai-je, il repose sur une somme d'éléments cliniques assez sérieux pour présenter des garanties réelles ; et la preuve, c'est qu'en nombre de cas il a été pleinement confirmé soit par les résultats heureux du traitement spécifique, soit inversement par les autopsies.

Loin de moi cependant l'intention de vous dissimuler les difficultés considérables que comporte parfois, en pratique, un diagnostic de ce genre. Et, en effet, l'appréciation des motifs qui permettent de rattacher à la syphilis un cas d'épilepsie donné est souvent chose des plus délicates. On pourrait être embarrassé, alors

qu'on disposerait de tous les éléments à l'aide desquels nous venons de différencier théoriquement l'épilepsie syphilitique de l'épilepsie vulgaire. On le sera bien plus encore, nécessairement, alors que tout ou partie de ces éléments diagnostiques fera défaut. Et cependant, Messieurs, telles sont les conditions dans lesquelles le problème se présente le plus souvent, il faut bien le savoir; telles sont surtout les conditions où l'intérêt du malade réclame la solution la plus immédiate et la plus formelle de ce grave problème. Vous allez me comprendre, et permettez-moi d'insister ici avec tout le soin nécessaire sur une situation pratique des plus communes, des plus difficiles pour le médecin, des plus périlleuses pour le malade.

Supposez, par exemple, un malade commençant une syphilis cérébrale par la forme dite épileptique. Il vient d'être affecté une fois, deux fois, trois fois, d'attaques d'épilepsie convulsive; mais il n'a encore eu que cela pour tout symptôme. A ce moment, vous êtes mandé, vous, médecin; et vous voici dans l'obligation de porter un diagnostic, de formuler un traitement d'où va dépendre la vie du malade.

Le cas est grave. n'est-il pas vrai? Notez d'ailleurs que, si jamais vous pouvez être utile à ce malade, c'est bien en ce moment, alors que son épilepsie est encore de fraîche date. En ce moment, toutes les chances sont pour vous, et vous êtes en droit d'espérer une guérison; tandis que plus tard, à mesure que le mal aura progressé, à mesure que les lésions cérébrales se seront étendues et confirmées, vos chances auront diminué d'autant par cela même, la lutte sera plus inégale et le succès plus douteux.

Or, à l'époque dont je vous parle, de quels éléments disposez-vous pour instituer un diagnostic et, sur ce diagnostic, un traitement? Envisageons bien nettement la situation, je vous prie, et dressons exactement votre bilan.

Tout d'abord, serez-vous renseigné sur l'espèce d'épilepsie à laquelle vous avez affaire par quelque particularité des crises attestant une épilepsie symptomatique? Mais ces crises, vous ne les avez pas vues, et ce que vous en racontent les personnes qui en ont été témoins est toujours plus qu'insuffisant. Ces crises d'ailleurs peuvent bien n'avoir pas été constituées par de l'épilepsie partielle; elles peuvent avoir consisté simplement en l'épilepsie la plus vulgaire de forme, la plus commune. — Serez-vous mieux fixé par les troubles cérébraux connexes, intermédiaires aux crises? Mais ces troubles, à l'époque jeune encore où nous nous supposons placés, sont encore à se produire. — Aurez-vous à compter sur les données fournies par les heureux résultats du traitement spécifique? Mais aucun traitement n'a été mis en œuvre jusqu'ici, et c'est vous précisément qu'on attend pour en prescrire un.

Et ainsi de suite. Que vous reste-t-il donc, en de telles conditions, pour établir un jugement sur la nature de cette épilepsie?

Ceci et rien que ceci : d'une part, les *antécédents de syphilis;* — d'autre part, l'*âge avancé* auquel cette épilepsie aura fait invasion chez votre malade. Ce que vous savez, c'est purement et simplement : 1° que votre malade a été syphilitique autrefois, il y a dix ou quinze ans, par exemple ; — 2° qu'il a commencé à avoir des crises épileptiques à un âge avancé, soit vers 30, 35, 40 ou

45 ans. Tout se borne là ; pas un signe, pas un symptôme de plus.

Eh bien! avec des éléments séméiologiques aussi incomplets, aussi imparfaits, — disons mieux, avec cette disette d'éléments séméiologiques, — pouvez-vous prendre un parti, instituer un diagnostic, prescrire un traitement? Vous ne le voudriez pas qu'il faudrait bien vous y résoudre, car en somme vous n'avez nul moyen de vous soustraire à l'urgence d'une situation qui s'impose.

Que faire donc en pareil cas? Quel parti prendre ?

A mon sens, et d'après l'expérience que j'ai personnellement acquise sur ce point, la conduite à tenir n'est pas douteuse; et cette conduite, la voici :

Rechercher toutes les causes susceptibles de produire l'épilepsie dans l'âge adulte ; — et si aucune de ces causes n'est applicable au cas actuel, si, de plus, la syphilis antérieure est bien démontrée, PRESCRIRE LE TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE.

C'est à dire : instituer la revue de toutes les causes possibles d'épilepsie dans un âge relativement avancé de la vie (saturnisme, alcoolisme, absinthisme, urémie, affections vermineuses, lésions cérébrales, telles que tubercules, tumeurs diverses, méningites, etc); — déterminer par une analyse clinique minutieuse si telle ou telle de ces causes peut être ici l'origine des accidents; — et, toutes ces causes exclues successivement, rigoureusement exclues, agir dans le sens d'une épilepsie syphilitique. Tel est, d'après moi, le droit, je dirai plus, tel est le *devoir* du médecin.

Rien n'explique un cas d'épilepsie survenue subitement dans l'âge adulte, en plein état de santé. La syphilis reste la seule cause à laquelle vous puissiez l'attribuer.

L'indication formelle, je crois, est d'intervenir le plus tôt, le plus hâtivement possible, en instituant le traitement spécifique.

Et pourquoi?

Pour les trois raisons suivantes : 1° parce que l'épilepsie est une conséquence fréquente de syphilis, cela est actuellement bien établi ; — 2° parce que, de toutes les causes pouvant produire l'épilepsie dans l'âge adulte, la syphilis est de beaucoup la plus commune ; — 3° parce que, en nombre de cas, un traitement antisyphilitique institué de la sorte, dans ces conditions, a été suivi des plus heureux résultats.

Et j'ajouterai : de par l'expérience acquise aujourd'hui, de par les faits que j'ai eu l'occasion d'observer, c'est en raisonnant de la sorte, c'est en prenant sur de telles bases une détermination *immédiate*, qu'on parvient à sauver certains malades dont la guérison est à ce prix.

Cette ligne de conduite est bien simple, — n'est-il pas vrai, Messieurs? — et elle semble nettement indiquée par le bon sens. Ne croyez pas cependant qu'elle soit acceptée de tous nos confrères. Loin de là. Elle rencontre en pratique de nombreuses objections, de fréquentes résistances, que j'ai eu à combattre plus d'une fois pour ma part, et contre lesquelles je tiens à vous prémunir. Laissez-moi donc vous les transmettre telles que je les ai subies moi-même.

Si, dans les conditions que je viens de préciser, vous venez à conseiller le traitement spécifique, il se peut — parlons plus franchement, il sera fréquent — qu'on vous oppose l'objection que voici : « Mais êtes-vous bien sûr,

pour prescrire un tel traitement, que cette épilepsie soit d'essence syphilitique? Le malade n'est épileptique que de fraîche date, et il ne l'est devenu que dans l'âge adulte, cela est vrai; il a eu la vérole, c'est encore bien certain. Mais cela suffit-il? A quels signes reconnaissez-vous que cette épilepsie soit due à la vérole? Attendez au moins, si elle a une telle origine, qu'elle la révèle par quelque caractère particulier. »

A cela, Messieurs, il n'est qu'une réponse à faire : Si cette épilepsie est syphilitique, *elle ne peut être que ce qu'elle est aujourd'hui;* car l'épilepsie syphilitique n'est rien autre qu'une épilepsie sans symptômes propres, sans aucun autre attribut qui en atteste la nature spécifique. Vouloir attendre, pour la traiter comme syphilitique, qu'elle revête d'autres caractères ou qu'elle se complique de phénomènes cérébraux graves, c'est attendre qu'elle devienne incurable ou mortelle. Attendre une démonstration de spécificité pour cette épilepsie, c'est, en propres termes, *attendre l'autopsie.*

En conséquence, si nous voulons agir avec chance d'être utiles au malade, c'est *immédiatement* qu'il nous faut agir, séance tenante, et d'après les seules données dont nous disposions, puisque nous ne pouvons pas en avoir d'autres. Plus tard, il sera *trop tard ;* le malade sera perdu.

Je vais même plus avant dans cette voie, et je dis :

Étant donné un cas d'épilepsie survenue chez un sujet d'âge mûr, et cette épilepsie n'étant explicable par aucune cause, il y a encore lieu d'administrer le traitement spécifique, alors même que les antécédents de syphilis resteraient douteux ou seraient reniés par le malade.

Et cela, en vue des deux raisons suivantes :

1° Parce que la syphilis (j'en appelle aux praticiens qui m'écoutent) peut passer inaperçue, rester méconnue ou ignorée de bonne foi, comme aussi être dissimulée par les malades. De cela, vous avez vu cent exemples ici-même. Rappelez-vous, comme type du genre, cet homme qui, la semaine dernière, se présentait à nous avec une splendide syphilide serpigineuse des épaules, syphilide tellement typique, tellement classique, que l'ombre d'un doute disparaissait devant l'évidence objective la plus formelle. Eh bien! ce malade, quand nous l'avons interrogé, niait absolument, résolûment, tout antécédent de syphilis. Par acquit de conscience, nous poursuivîmes l'examen, et vous savez ce que nous trouvâmes tout d'abord : un double sarcocèle aussi manifestement syphilitique que possible. Cette seconde lésion servait de confirmation à la première. La syphilis était donc patente ; et cependant elle était absolument ignorée, ignorée *de bonne foi*, j'ai tout lieu de le croire (1).

2° Parce que, s'il est impossible de découvrir une

(1) « En pareille occurrence, ainsi que je l'ai dit ailleurs, *la science du médecin est au-dessus des allégations du malade.* Le médecin croit à la vérole et le malade la nie ; il y a plus de chance pour que la vérité soit avec le médecin qu'avec le malade. Si donc vous avez de bonnes et scientifiques raisons pour considérer tel symptôme comme syphilitique, ne vous laissez arrêter ni par l'absence d'antécédents ni par les témoignages négatifs. Votre droit, votre devoir, est de passer outre, de persister dans votre diagnostic, et d'instituer le traitement en conséquence, etc. »

Cette question des *syphilis ignorées*, des *syphilis sans antecédents*, se présente incessamment en pratique, surtout à propos des accidents de forme tertiaire. Je ne fais ici que la signaler incidemment, mais j'appelle sur elle toute l'attention de mes lecteurs. (Voir, pour de plus amples détails à ce sujet, mes *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, Paris, 1873, pages 986 et suivantes.)

cause capable d'expliquer les phénomènes morbides, il faut aller *au plus probable*, et tenter le traitement qui promet le plus de chances de succès.

Donc, même *en cas de doute sur la syphilis*, je suis d'avis que, dans les conditions précitées, il peut y avoir indication à prescrire le traitement spécifique. J'ai été amené à cette règle de conduite par de nombreux faits que j'ai eu l'occasion d'observer. Les citer tous dépasserait la mesure qui m'est accordée ici. En quelques mots seulement, permettez-moi de vous relater le suivant.

Dans ces dernières années, j'ai été consulté pour un malade, âgé de 41 ans, qui, dans le cours d'une santé parfaite, venait d'être frappé tout à coup d'accidents épileptiques des plus formels. Examen fait aussi minutieusement que possible de l'état actuel et de l'état antérieur, aucune cause ne rendait compte de tels accidents. La syphilis était niée, énergiquement niée par le malade, homme fort instruit, fort intelligent, et en qui son médecin habituel, qui était en même temps son intime ami, pouvait se croire autorisé à avoir toute confiance. — (Plus tard, trop tard, hélas! nous fûmes désabusés sur ce point, alors que des aveux complets firent place aux dénégations premières.) — D'emblée, mon opinion fut que nous avions affaire à une épilepsie syphilitique, et je conseillai d'instituer *quand même* un traitement approprié. A plusieurs reprises, je fis valoir les raisons que vous venez d'entendre. Peine perdue. Bref, devant la résistance obstinée du malade, les répugnances de la famille, les sollicitations inverses d'autres confrères, je cédai, j'eus le grand tort de céder. Divers traitements, disons mieux, tous les traitements possibles furent prescrits, sauf celui qui aurait eu chance de réus-

sir. Qu'arriva-t-il? C'est que les choses marchèrent de mal en pis, que le malade mourut, et qu'à l'autopsie nous trouvâmes dans le crâne et le cerveau les lésions syphilitiques les plus patentes.

La faute que je commis ici, Messieurs, est du nombre de celles qui éclairent par les regrets qu'elles imposent. Aussi a-t-elle fixé mes convictions sur la conduite à tenir en pareille occurrence, et mon désir serait qu'elle pût également éclairer les vôtres.

En résumé, donc, les indications pratiques qui se présentent à remplir dans les divers cas qui précèdent peuvent, je crois, se formuler de la manière suivante :

1° Toute épilepsie survenue pour la première fois sur un sujet adulte, à antécédents syphilitiques *connus*, doit être attaquée par le traitement spécifique ;

2° Toute épilepsie survenue dans les mêmes conditions, chez un sujet à antécédents syphilitiques ou *incertains* ou *reniés*, doit encore (à moins d'être explicable par une cause autre que la syphilis) être soumise empiriquement à la médication spécifique.

C'est en obéissant à ces deux préceptes, Messieurs, qu'il vous sera donné parfois d'obtenir quelqu'un de ces merveilleux succès qui sont déjà relatés dans la science ; c'est ainsi, tout au moins, que vous aurez la conscience d'avoir agi comme vous deviez le faire, au mieux des intérêts de vos malades.

DIXIÈME LEÇON

IV. — FORME APHASIQUE

Relation indéniable de certains cas d'aphasie avec la syphilis. — Faits cliniques. — Preuves anatomo-pathologiques.

A quelle époque de la syphilis cérébrale apparaissent les phénomènes aphasiques? — Aphasie précoce. — Aphasie tardive.

Aphasie précoce. — Elle se montre rarement isolée; plus souvent elle figure en compagnie d'autres accidents cérébraux. — Quels sont ces accidents? — Quatre formes principales :

1° Aphasie associée à divers phénomènes d'ordre congestif.

2° Aphasie associée à des *paralysies motrices droites.* — Fréquence et raison anatomique de cette combinaison de symptômes. — Variétés nombreuses, comme localisation et comme intensité, de ces paralysies droites. — Coexistence possible de l'aphasie avec des paralysies d'autre siége. — Interprétation de ces cas exceptionnels.

3° Aphasie associée à des symptômes *épileptiques.*

4° Aphasie associée à des troubles de motilité vers la langue (*glossoplégie*). — Raison probable de cette combinaison de symptômes.

Symptômes. — Identité, comme expression clinique, entre l'aphasie syphilitique et l'aphasie vulgaire. — Absence de tout phénomène propre, spécial, pouvant éclairer le diagnostic différentiel.

Apparition soudaine ou progressive. — Degrés variables d'intensité. — Aphasie incomplète ou *dysphasie.* — Aphasie complète. — Formes intermédiaires. — Modalités pathogéniques variées : aphasie par amnésie verbale; aphasie avec ou sans conservation de la faculté d'écrire, du langage mimique, etc. — Troubles habituels de l'intelligence coïncidant avec l'aphasie.

Évolution, durée. — Aphasie éphémère; aphasie plus durable; aphasie permanente, définitive.

Résumé.

Messieurs,

La suite naturelle de notre sujet m'amène à vous parler aujourd'hui de l'*aphasie*, comme expression possible de syphilis cérébrale.

La forme de syphilis cérébrale que nous qualifions du nom d'aphasique reconnaît comme phénomène constitutif, essentiel, le symptôme *aphasie*, c'est-à-dire cette curieuse et bizarre altération de la faculté du langage qui n'est due ni à une lésion de l'intelligence ni à l'incapacité fonctionnelle des organes périphériques servant à l'articulation des sons.

Que la liaison de l'aphasie avec la syphilis soit de connaissance récente, cela est presque superflu à dire. C'est par nos contemporains seulement, vous le savez, que les troubles propres de la faculté du langage ont été distingués nettement soit des troubles de l'intelligence entravant ou abolissant l'expression de la pensée, soit des troubles dérivant d'une altération quelconque des organes phonateurs. Et, tout naturellement, ce n'est qu'après la constitution de la science sur ce point spécial de la physiologie du cerveau que l'aphasie syphilitique a pu être reconnue et décrite.

Cependant, Messieurs, si jeune encore que soit ce fait d'une aphasie d'origine syphilitique, il n'est pas moins des mieux avérés, des plus authentiques, comme vous allez le voir.

La relation pathogénique de certains cas d'aphasie

avec la syphilis est formellement démontrée aujourd'hui : démontrée d'abord par quantité d'observations cliniques qui ont été publiées dans ces dernières années ; démontrée plus péremptoirement encore par des faits anatomiques déjà assez nombreux, parmi lesquels je vous citerai le suivant, dû à deux internes de nos hôpitaux, MM. Bourceret et Cossy.

Un malade présente toute une série d'accidents dont voici l'énumération sommaire : en 1872, premier accès d'aphasie ; — quelques mois après, paralysie passagère du bras droit ; — puis, nouvelle attaque d'aphasie, dans laquelle les troubles de la parole s'accentuent davantage ; — en janvier 1873, troisième attaque d'aphasie, celle-ci plus complète, avec hémiplégie faciale droite et engourdissement dans les membres du même côté ; — céphalée ; — crises épileptiformes répétées ; — affaissement progressif ; finalement, coma, et mort au mois de mai. — Que fait constater l'autopsie ? Une énorme gomme sphérique, de trois centimètres de diamètre, occupant la partie postérieure des deuxième et troisième circonvolutions frontales gauches, ainsi qu'une partie de la circonvolution pariétale adjacente (1).

Ce fait et d'autres analogues que je pourrais citer établissent d'une façon formelle la relation possible du phénomène aphasie avec des lésions syphilitiques de l'encéphale.

N'insistons donc pas davantage sur une démonstration inutile, et voyons comment se présentent les phénomènes aphasiques dans la syphilis du cerveau.

(1) V. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, séance du 9 mai 1873, 5e série, t. VIII, p. 346.

I

Tout d'abord, à quelle époque de la syphilis cérébrale se montre l'aphasie?

Il est possible qu'elle se produise à une époque jeune de l'affection, au début même ou dans les premiers temps des accidents cérébraux. Il est possible aussi qu'elle n'apparaisse qu'à une époque plus tardive, consécutivement à des manifestations d'autre genre et de durée plus ou moins longue.

En d'autres termes, il est des cas où l'aphasie apparaît comme symptôme de syphilis cérébrale soit d'emblée, soit dans les premiers mois de la maladie. Et il en est d'autres où l'affection cérébrale s'est annoncée et confirmée depuis longtemps par divers symptômes, alors que l'aphasie entre en scène pour la première fois.

A ne l'envisager actuellement qu'au titre de phénomène précoce, on la voit intervenir dans la syphilis cérébrale de deux façons, sous deux modes différents : soit comme phénomène *isolé*, constituant seul au début l'expression d'un état cérébral; — soit, au contraire, comme phénomène *associé*, associé à d'autres symptômes contemporains, c'est-à-dire faisant partie d'un ensemble pathologique composé d'éléments divers.

Il n'est pas habituel que l'aphasie se montre tout à fait au début de la syphilis cérébrale comme premier phénomène et surtout comme phénomène isolé, sans autres symptômes préalables ou concomitants. Cepen-

dant on a cité quelques exemples d'une telle évolution morbide ; et, pour ma seule part, je trouve dans mes notes quatre cas où la syphilis cérébrale a débuté de la sorte par des phénomènes aphasiques, purement et exclusivement aphasiques.

L'aphasie qui se produit dans ces conditions particulières, c'est-à-dire comme phénomène tout à fait initial, est presque toujours éphémère, transitoire. Elle dure quelques heures tout au plus, plus souvent moins encore, une heure, une demi-heure, ou même quelques minutes seulement, à la façon d'un phénomène d'ordre épileptique. Aussi bien n'y aurait-il pas exagération, au moins pour certains cas, à la taxer d'*aphasie comitiale.*

En revanche, cette aphasie fugace est particulièrement sujette à répétitions. Souvent elle se reproduit à intervalles plus ou moins rapprochés, et toujours sous forme de crises identiques, à la durée près. C'est ainsi qu'un de mes malades a présenté, au début même d'une syphilis cérébrale, *cinq* crises d'aphasie en quatre mois, crises dont la durée varia de quelques instants à plusieurs heures. Dans chacune de ces attaques, le malade perdait presque totalement la parole. A peine conservait-il quelques mots, et il était forcé d'écrire ce qu'il voulait exprimer ; encore n'y parvenait-il pas toujours. Une de ces attaques le prit d'une façon assez singulière pour être citée. Il arrêtait une voiture, dans la rue, pour faire une course. Au moment de donner l'adresse où il voulait aller, subitement il perdit la parole et resta muet devant le cocher. Celui-ci le prit pour un fou ou pour un mauvais plaisant, l'injuria, le malmena, et finit par le conduire au poste, où la parole lui revint au bout d'un quart d'heure.

De ce fait et d'autres analogues, il ressort donc que l'aphasie peut être *primitive*, tout à fait initiale, en tant que symptôme de syphilis cérébrale. Mais, je le répète, c'est là un cas assez rare.

Bien plus souvent, l'aphasie prend place dans la syphilis cérébrale *en compagnie d'autres phénomènes*, qui tantôt la précèdent à peu de distance, tantôt se produisent simultanément avec elle, ou enfin se manifestent à sa suite.

Ces phénomènes sont variables. De là diverses associations symptomatologiques qu'il ne sera pas sans intérêt de spécifier. Il en est quatre surtout qui méritent une mention particulière.

I. L'une des plus communes est celle où l'aphasie se trouve combinée avec divers accidents de la forme précédemment décrite sous le nom de *forme congestive*. Elle coexiste alors avec tels ou tels des symptômes suivants : céphalée ; — vertiges ; — troubles passagers des sens et de la motilité ; — troubles intellectuels, encore à l'état d'ébauche ; — ictus résolutifs ou apoplectiformes, etc.

Et, dans cet ordre de cas, ou bien elle succède à certains phénomènes déjà plus ou moins intenses, témoignages non équivoques d'une lésion cérébrale grave (de cela nous verrons nombre d'exemples par la suite) ; — ou bien, précédée seulement de quelques symptômes transitoires, légers d'apparence ou peu significatifs, elle apparaît sur la scène morbide comme premier phénomène important.

Comme exemple du genre, je vous citerai une curieuse observation du professeur Tarnowsky (de Saint-Pétersbourg) auquel nous devons une monographie des plus intéressantes et des plus complètes sur la question qui nous occupe (1).

Une femme d'une quarantaine d'années, syphilitique depuis huit ans, commence par éprouver des crises violentes de céphalée pendant quatre mois. Elle ne suit aucun traitement. Un jour elle s'aperçoit que « quelque chose d'étrange se passe en elle »; puis elle se met à confondre le genre des substantifs, et finit par ne plus parler qu'au féminin. Elle emploie tous les substantifs au féminin, disant par exemple : « *ma* fils, » pour mon fils; « *ma* verre », pour mon verre. Cela dure trois jours. — Le troisième jour, elle perd en plus la mémoire des noms propres et appelle toutes les personnes qu'elle voit du nom de son fils, Alexandre. — Le quatrième jour, dans la nuit, crise apoplectiforme avec perte passagère de connaissance, mais sans paralysie.— Enfin, à dater de ce moment, la malade devient complétement et absolument aphasique, ne pouvant plus prononcer qu'un seul mot, le nom de son fils. Elle perd également la faculté d'écrire et la faculté de lire. Elle ne peut plus tracer une seule lettre; elle ne peut plus lire ni à haute voix. ni même des yeux. « Il était évident, dit l'habile clinicien à qui nous empruntons cette observa-

(1) *De l'aphasie syphilitique,* par le Dr Benjamin Tarnowsky, professeur à l'hôpital de Kalinkine (hôpital des vénériens), agrégé à l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg. Paris, A. Delahaye, 1870. — Je ne saurais assez recommander la lecture de ce remarquable mémoire, riche de faits cliniques, et marqué au coin de la plus judicieuse observation. C'est à coup sûr le meilleur travail qui ait été publié sur le sujet.

tion, que la malade avait oublié la forme même des lettres, puisque, tout en fixant les yeux sur les pages d'un livre qu'on lui présentait ouvert et tourné de haut en bas, elle ne paraissait pas s'en apercevoir et ne faisait que branler la tête négativement, comme pour exprimer son entière impuissance de lire ». De même aussi, son attention et son intelligence étaient assez débiles pour ne pas résister à une fatigue prolongée au delà de quelques instants. « Venait-on par exemple à interroger cette femme, en la priant de répondre par un mouvement affirmatif ou négatif de la tête, elle répondait raisonnablement aux cinq ou six premières questions; puis au delà elle ne répondait plus ou ne répondait qu'à contre-sens, semblant ne plus comprendre ce qu'on lui demandait. » Etc., etc.

De tels phénomènes pouvaient-ils se rattacher à la syphilis comme origine? Cela était rendu plus que vraisemblable en l'espèce par diverses raisons, notamment par la coïncidence actuelle d'autres manifestations de nature évidemment spécifique (gommes du cuir chevelu, exostose, lésion du foie, etc.). La démonstration, d'ailleurs, ne se fit guère attendre; car le traitement antisyphilitique, prescrit par M. Tarnowsky en vue d'une lésion spécifique du cerveau, ne tarda pas à produire les meilleurs résultats pour aboutir finalement à une complète guérison.

Dans ce cas, vous le voyez, un seul phénomène, la céphalée, avait servi de prélude à l'aphasie; et l'aphasie elle-même avait précédé de quelques jours l'ictus apoplectiforme. Donc, ici, aphasie *précoce*, d'une part; et, d'autre part, aphasie associée à des symptômes d'ordre congestif.

II. Une seconde association de phénomènes est constituée par la coïncidence avec l'aphasie d'une ou de plusieurs *paralysies motrices du côté droit.*

Les cas de cet ordre sont extrêmement fréquents. Vous en trouverez de signalés partout. Au hasard, j'en prends un dans mes notes comme exemple, et j'en pourrais citer beaucoup d'autres.

Un jeune homme de vingt-trois ans, affecté depuis six ans d'une syphilis toujours très-négligemment traitée, se trouvait en parfait état de santé, quand il se rend à un bal où il danse une partie de la nuit avec l'entrain de son âge. Tout à coup, au milieu d'un quadrille, il se sent pris soudainement, « comme si un éclair l'eût frappé, » d'une faiblesse extraordinaire, avec impossibilité d'articuler un seul mot. Il est sur le point de tomber, et c'est sa danseuse qui le soutient. On l'emporte chez lui, sans qu'il puisse durant le trajet articuler autre chose que des monosyllabes dépourvus de sens. On le couche, et il s'endort d'un sommeil profond qui dure neuf à dix heures. Le lendemain, il se réveille « comme abruti », incapable de parler, *aphasique* dans toute la force du terme, et de plus hémiplégique (à un degré incomplet) de *tout le côté droit.* Sa jambe droite ne le soutient pas; sa main droite tient à peine une plume et ne peut écrire.

Ici donc, accès aphasique débutant d'une façon subite en même temps qu'une hémiplégie droite.

Je le répète à dessein, Messieurs, cette coexistence de l'aphasie et des paralysies motrices droites est des plus communes. Elle est si commune qu'on peut la dire presque *habituelle.*

Du reste, comme localisation et comme intensité, ces paralysies droites, compagnes de l'aphasie, sont sujettes à de nombreuses variétés. Ainsi :

1° Au point de vue de la localisation, d'abord, elles consistent tantôt en une hémiplégie portant sur toute une moitié du corps ; — tantôt en une hémiplégie des membres, la face restant respectée ; — tantôt enfin en une monoplégie simple, affectant soit un membre, soit (bien plus rarement) une moitié du visage.

2° De même, au point de vue de l'intensité, elles peuvent se borner à un simple engourdissement, à une gêne légère de mouvement dans les parties affectées (c'est là le cas habituel pour les aphasies transitoires *à répétitions*) ; — ou bien elles constituent, ce qui est encore assez fréquent, des parésies déjà plus accentuées ; — ou bien, enfin, affectant la motilité à un degré supérieur, elles consistent en des paralysies vraies, très-rarement complètes et flaccides cependant.

La relation, la connexion de ces paralysies droites avec l'aphasie devient des plus frappantes en certains cas, où l'on voit plusieurs crises aphasiques successives coïncider invariablement avec des accès d'hémiplégie droite. A chaque crise nouvelle d'aphasie, nouvel accès d'hémiplégie du côté droit. Tel fut un cas observé par le Dr Buzzard, cas dans lequel un sujet syphilitique présenta — et cela en l'espace de deux mois — six accès d'aphasie qui, *tous les six*, s'accompagnèrent de troubles parésiques vers le côté droit du corps (1). J'ai noté le même fait sur l'un de mes malades qui, dans le cours

(1) Ouvrage cité, p. 81.

d'une syphilis cérébrale, fut affecté quatre fois d'aphasie et quatre fois avec coïncidence de monoplégie ou d'hémiplégie droite.

Remarquez, Messieurs, cette localisation particulière des paralysies qui accompagnent fréquemment l'aphasie syphilitique; mais remarquez-la toutefois sans vous en étonner. Vous retrouvez là, en effet, ce qui se produit d'une façon courante dans l'aphasie vulgaire; et ce n'est rien vous apprendre que de vous signaler cette liaison bien connue, bien démontrée, des phénomènes aphasiques avec les paralysies droites. Cela est un fait de pathologie commune, un fait qui a des raisons anatomiques inutiles à rappeler ici. Qu'elle dérive ou non de la syphilis comme origine, l'aphasie est avant tout un symptôme *topographique*, si je puis parler ainsi, c'est-à-dire un symptôme qui traduit non pas la qualité, l'essence, mais bien le *siége* d'une lésion cérébrale, et rien de plus. En d'autres termes, on ne devient pas aphasique parce qu'on a dans le cerveau une lésion de telle ou telle nature; mais on devient aphasique parce qu'on a dans le cerveau une lésion d'un certain siége, offensant un centre particulier.

Toutefois, de la fréquence de cette association morbide, aphasie et paralysies droites, n'allez pas conclure à la constance, à l'invariabilité d'une telle coïncidence. Ce serait là une erreur; ce serait même là une double erreur. D'une part, en effet, l'aphasie existe souvent seule, sans paralysie d'aucun siége, comme vous le savez déjà par ce qui précède; — et, d'autre part, elle coexiste parfois avec des paralysies autres que des paralysies droites. On l'a vue coïncider avec des localisa-

tions paralytiques très-diverses, par exemple avec une hémiplégie gauche, avec une monoplégie gauche, avec une paralysie motrice de l'œil, avec une amaurose, voire avec une paraplégie, etc. Cela est rare, je l'accorde, mais enfin cela est; et, à côté de la règle, il importe de placer les exceptions.

Ces exceptions, d'ailleurs, je me garderai de leur donner un sens qu'elles n'ont pas. Je me garderai de vous les présenter comme des infractions à la loi anatomique qui rattache les paralysies droites à l'aphasie ou réciproquement. D'abord, vu l'absence de démonstrations nécroscopiques, elles n'ont en l'espèce que la valeur de faits cliniques curieux à enregistrer, mais dont l'interprétation reste encore inconnue. De plus, rien ne dit qu'elles ne soient pas explicables d'une certaine façon qui sauvegarderait l'intégrité de la loi dont il s'agit ici. Dans les cas, en effet, où l'aphasie coïncide avec des paralysies différentes de celles qui sont ses compagnes habituelles, il se peut fort bien que cette anomalie apparente soit un résultat tout naturel de lésions cérébrales *multiples ;* il se peut fort bien qu'il existe dans le cerveau deux lésions indépendantes, l'une servant de cause aux phénomènes aphasiques, et l'autre déterminant les phénomènes paralytiques contemporains. Des cas de ce genre, à lésions multiples, ont été maintes fois observés dans la syphilis cérébrale, dont la tendance à multiplier, à disséminer ses lésions, est un fait actuellement bien connu.

III. Une troisième combinaison de symptômes consiste dans la coïncidence de *phénomènes épileptiques* avec l'aphasie, associée ou non à des paralysies droites.

Chez un grand nombre de malades, on voit la syphilis cérébrale se traduire, soit à ses débuts, soit à une époque un peu plus tardive, par ces trois ordres de phénomènes, susceptibles d'ailleurs de variétés sous le rapport de leur succession réciproque, à savoir : l'*aphasie;* — l'*hémiplégie droite* (générale ou partielle, peu importe); — et l'*épilepsie*, sous telle ou telle de ses formes indifféremment, plus spécialement néanmoins sous la forme convulsive du grand mal.

Cette triade de symptômes, à laquelle s'ajoutent bientôt des troubles intellectuels divers, notamment des phénomènes d'amnésie, est des plus communes. Je l'ai observée en maintes occasions pour ma part, comme par exemple dans le cas suivant :

Un jeune homme, syphilitique depuis huit années et ne s'étant jamais soumis qu'à un traitement très-incomplet, commence par être pris d'un accès violent d'*aphasie*. Dans les semaines suivantes, il éprouve plusieurs crises d'*épilepsie convulsive*, sous forme de grand mal. Simultanément, mais d'un façon progressive, s'établit et se confirme une *hémiplégie droite*, dont les progrès saccadés coïncident avec plusieurs autres accès d'aphasie. La mémoire se perd; l'intelligence décroît rapidement et finit par s'égarer. A ce moment, un de nos confrères soupçonne la spécificité d'origine de ces accidents et prescrit un traitement antisyphilitique vigoureux. Tout aussitôt, suspension des crises et amendement rapide de tous les phénomènes; finalement, guérison complète, obtenue dans l'espace de quelques mois. Le malade, que je continue à voir de temps à autre, est aujourd'hui absolument rétabli.

Notez donc avec soin, Messieurs, cette combinaison

de symptômes que vous rencontrerez certainement plus d'une fois dans le cours de votre pratique. Sans appartenir en propre à la syphilis, elle est bien faite néanmoins pour éveiller le soupçon de spécificité et diriger en ce sens les recherches du médecin.

IV. Enfin, dans un certain nombre de cas (moins fréquents à coup sûr que les précédents, sans mériter toutefois d'être taxés de rares), on voit une autre combinaison de symptômes se produire.

Celle-ci consiste dans l'association de l'aphasie avec des *troubles de motilité vers la langue*. Ce qu'on observe alors n'est plus seulement de l'aphasie; c'est, avec de l'aphasie réelle, vraie, un certain degré d'embarras, de parésie de la langue; c'est, en un mot, de l'aphasie avec de la *glossoplégie*.

Tel a été, par exemple, le cas d'un malade que je traite actuellement avec mon confrère et ami, le docteur E. Guéneau. Ce malade (qui, soit dit incidemment, contracta la syphilis par le cathétérisme de la trompe d'Eustache à l'époque où sévit à Paris ce genre de contagion) fut affecté douze ans plus tard d'accidents cérébraux spécifiques, lesquels firent leur début de la façon suivante : accès multiples d'aphasie, avec glossoplégie incomplète et parésie minime du sphincter palpébral. Les accès d'aphasie vraie ne durèrent jamais qu'un quart d'heure à une demi-heure en moyenne, tandis que les parésies linguale et palpébrale s'établirent d'emblée à l'état permanent. En dehors de ses crises aphasiques, le malade conservait la faculté du langage, pouvait causer, trouvait facilement ses mots; mais sa parole, très-manifestement gênée par un embarras notable de la

langue, restait toujours défectueuse, lente, entrecoupée, pâteuse. Ainsi qu'il le disait lui-même, il parlait « comme s'il eût eu constamment la bouche pleine » ; il hésitait sur certains mots, il en scandait bon nombre plutôt qu'il ne les énonçait. En outre, la langue ne sortait que lentement de la bouche, était déviée latéralement, et n'exécutait la plupart de ses mouvements qu'avec une difficulté manifeste. Bref, c'était là un cas typique de glossoplégie incomplète et permanente, coexistant avec des accès passagers d'aphasie. — J'ajouterai que le malade en question, grâce à un traitement spécifique longtemps prolongé, est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

Un second exemple, qui se rapproche beaucoup du précédent, vous est offert, Messieurs, par un malade actuellement couché au nº 54 de la salle Saint-Louis. La syphilis cérébrale a débuté chez lui, de novembre à février, par une série de crises aphasiques plus ou moins durables, pendant lesquelles « il ne trouvait plus les mots dont il avait besoin pour traduire sa pensée » ; il était forcé, raconte-t-il, de « chercher ses mots longuement et péniblement » ; souvent même il se méprenait et employait un terme pour un autre, si bien que plusieurs fois on l'accusa d'ivresse, « alors que cependant il n'avait bu que de l'eau ». Puis, le 13 février dernier, étant de service, en sa qualité de gardien de la paix, à la porte d'un bal public, il fut pris soudainement de ce qu'il appelle une sorte de « crispation subite dans les membres », et se trouva dans le même instant privé de la parole d'une façon absolue. Pendant une douzaine d'heures, il ne put articuler un son. Le lendemain, la parole lui revint avec le souvenir des mots ; mais sa langue, depuis

ce jour, resta embarrassée, gênée dans ses mouvements, et, de plus, déviée à droite alors qu'il la sortait de la bouche. Quand nous le vîmes pour la première fois, cet homme ne s'exprimait que très-lentement; la parole était traînante, entrecoupée, scandée, avec des hésitations, des heurts sur certaines syllabes, du balbutiement, du bégaiement, etc.; tous symptômes se rattachant d'une façon évidente non plus à une aphasie vraie, mais à une parésie latérale de la langue.

Vous avez pu juger, Messieurs, quelle influence immédiate le traitement spécifique a exercée sur les symptômes en question. Le malade n'était pas resté dans notre service plus d'une quinzaine de jours qu'une modification complète s'était déjà produite dans son état; et vous venez de l'entendre parler ce matin d'une façon à peu près satisfaisante, presque normale.

Cette association à l'aphasie de phénomènes paralytiques intéressant la langue n'est en rien faite pour nous surprendre. Elle a même, dirai-je, sa raison anatomique, raison au moins probable, si ce n'est absolument certaine. C'est qu'en effet, suivant toute vraisemblance, il existe sur la troisième circonvolution frontale (circonvolution des troubles aphasiques, comme vous le savez) un centre moteur affecté aux mouvements des mâchoires, des lèvres et de *la langue*. Le rapprochement de ces deux centres, centre de la faculté du langage articulé et centre des mouvements de la langue, explique bien comment une seule et même lésion peut les atteindre tous deux par contiguïté, par voisinage. C'est affaire de topographie pure et simple. Si la lésion reste limitée au centre de la faculté du langage, il ne se

produit que de l'aphasie pure et simple; qu'elle se propage au centre des nerfs moteurs de la langue, la glossoplégie vient alors s'ajouter à l'aphasie (1).

Telles sont, Messieurs, les principales formes sous lesquelles apparaît l'aphasie dans la syphilis cérébrale. Venons maintenant, pour compléter ce qui précède, à quelques détails de symptomatologie.

II

Considérée en elle-même, en tant que symptôme, l'aphasie syphilitique est l'analogue de l'aphasie vulgaire, commune, dont elle reproduit tous les traits, toutes les variétés. Elle est calquée, dirai-je, sur l'aphasie symptomatique des lésions cérébrales non spécifiques, et elle ne s'en différencie par aucun attribut spécial, propre, pathognomonique. Il en est ainsi, du reste, de tous les phénomènes cérébraux de la syphilis ; et, plus nous avancerons dans cette étude, plus j'aurai à vous répéter que les manifestations nerveuses qui servent d'expressions cliniques à la syphilis cérébrale ne se distinguent par aucun caractère particulier des manifestations correspondantes provenant de lésions vulgaires.

(1) V. Lépine, *De la localisation dans les maladies cérébrales* (thèse pour le concours d'agrégation, Paris, 1875). — « Selon que le centre des mouvements des lèvres et de la langue, qui siége sur une partie de la troisième circonvolution frontale, sera entamé ou non par une lésion de cette circonvolution, un èmbarras du mouvement des lèvres et de la langue accompagnera ou non l'aphasie. » (Page 54.)

Donc, pour spécifier ce en quoi consiste cette aphasie d'origine syphilitique au point de vue de ses attributs exclusivement cliniques, de ses symptômes, il me suffira de peu de mots. Vous la décrire intégralement ici serait refaire l'histoire de l'aphasie en général, et c'est là un labeur dont me dispenseront vos connaissances en pathologie commune. Il suffira de me borner aux quelques considérations suivantes :

1° Comme l'aphasie vulgaire, d'abord, l'aphasie syphilitique peut être ou *soudaine* ou *progressive* dans son apparition.

Soudaine (ce qui est le cas habituel), elle s'établit d'un moment à l'autre, dans l'espace de quelques instants, à la façon d'un ictus congestif ou d'une crise épileptique. Et, dans ce cas, il n'est pas rare que, dès le premier moment de son invasion, elle soit aussi intense qu'à une époque plus avancée. D'emblée elle atteint son maximum; elle ne fera plus que décroître ultérieurement.

Il est moins fréquent qu'elle soit progressive. Cependant on la voit parfois affecter cette forme lente. Notre malade du n° 54, par exemple, devint aphasique de cette façon. Ce qu'on observe alors est ceci : d'abord, simples défectuosités du langage; élocution devenant de plus en plus vicieuse; arrêts, hésitations, balbutiement, oubli des mots; — puis confusion et substitution de termes; perte de la faculté de lire soit à haute voix, soit mentalement; perte de la faculté d'écrire ; compréhension de plus en plus difficile; intelligence s'abaissant par degrés; — et enfin, à un degré supérieur, véritable aphasie confirmée.

2° Comme l'aphasie vulgaire, l'aphasie syphilitique a ses degrés. Elle peut être légère, moyenne, complète, absolue.

Légère, elle consiste plutôt en ce qu'on pourrait appeler une *dysphasie* qu'en une aphasie vraie.

Complète, elle peut réduire le vocabulaire du malade à quelques segments de phrases qui sont constamment répétés à contre-sens, à quelques locutions exclamatives, à quelques mots, à quelques syllabes, voire à un seul et unique mot, comme dans le fait si curieux du Dr Tarnowsky.

Entre ces degrés extrêmes, tous les intermédiaires imaginables sont possibles et se présentent souvent en clinique.

3° Comme l'aphasie vulgaire, encore, l'aphasie syphilitique dérive de modes pathogéniques variés. Ainsi il est des cas (et c'est le plus grand nombre, je crois) où elle résulte purement et simplement d'un trouble de mémoire, de l'oubli des mots, d'une *amnésie verbale*, comme on dit en langage technique. Quelques exemples :

Un de mes malades, avocat, était en train de plaider, lorsque tout à coup « les mots lui échappent ». Il est forcé d'interroger ses notes, d'abord pour trouver les noms propres, puis pour trouver quelques noms communs. D'instant en instant, il éprouve une difficulté croissante de parole, et « les mots ne lui viennent plus qu'au prix d'énormes efforts de souvenir ». Finalement il est contraint de s'interrompre et de quitter le Palais. Je le vois chez lui quelques heures plus tard dans un état d'aphasie *amnésique* des plus accentués. Il ne parle plus du tout, ou peu s'en faut. Il peut bien répéter les mots qu'on lui

fournit, mais il est incapable de les trouver par lui-même.

Un de mes clients, déjà affecté de divers symptômes nerveux d'origine spécifique, jouait au tric-trac, quand il s'aperçoit tout à coup qu'il ne peut plus compter que jusqu'à cinq. Impossible d'émettre les nombres six, sept, huit, etc. Quand on les prononce devant lui, il les répète fort bien et immédiatement, mais il les a oubliés aussitôt dits, et il ne peut les trouver spontanément.

Laissez-moi vous citer encore, Messieurs, le cas suivant, où l'aphasie par défaillance de mémoire s'atteste d'une façon frappante. Un jeune pharmacien, que j'ai eu la satisfaction de guérir d'accidents cérébraux indubitablement syphilitiques, est pris d'une crise soudaine d'aphasie avec parésie latérale droite. Il perd presque absolument la parole, mais il reste capable d'articuler les mots qu'on lui rappelle. Il veut s'efforcer, malgré son état, d'achever une ordonnance qu'attend un de ses clients, et, dans ce but, il descend à sa cave chercher une bouteille d'un certain sirop. Dans la cave, il s'aperçoit qu'il a oublié le nom de ce sirop. Il remonte aussitôt, relit soigneusement l'ordonnance, et redescend. Là, de nouveau, il lui est impossible de se rappeler ce qu'il est venu chercher. Il remonte encore, redescend, et ainsi de suite *jusqu'à cinq fois*. Si bien que la cinquième fois, impatienté, il s'empare de l'ordonnance et l'emporte avec lui dans la cave, où il est forcé de la relire *une sixième fois* pour rapporter enfin ledit sirop.

Dans tous ces cas, vous le voyez de reste, Messieurs, c'est bien la perte de mémoire qui joue le principal rôle et qui tient sous sa dépendance l'aphasie. Si le malade

ne parle plus, c'est qu'il n'a plus à sa disposition les mots nécessaires à l'expression de sa pensée. Ce dont il s'agit ici est donc purement et simplement de l'aphasie par amnésie verbale.

Mais il n'en est plus de même en d'autres conditions, où la perte du langage se produit de toute évidence en dehors et indépendamment des troubles de mémoire. Tels sont, par exemple, les cas où les malades ne peuvent répéter les mots alors même qu'on les leur fournit; tels sont encore ceux où ils écrivent ce qu'ils ne peuvent prononcer, etc. Un fait typique de ce dernier genre a été relaté par notre distingué confrère et ami, le Dr Doyon. Un jeune homme de vingt-deux ans, syphilitique depuis deux années, souffrait depuis un certain temps d'une céphalée frontale permanente, quand il est pris soudainement, au milieu de la nuit, d'une violente attaque de forme aphasique. Impossible de prononcer un seul mot correct et compréhensible, malgré des efforts inouïs. On présente un papier au malade, et tout aussitôt il *écrit* facilement ce qu'il éprouve ; il répond par la plume à toutes les questions qui lui sont adressées. — Traitement spécifique institué séance tenante ; guérison dans l'espace de huit à dix jours (1).

Ici manifestement l'abolition de la faculté du lan-

(1) Lire cette intéressante observation dans la *Gazette médicale de Lyon*, 1867, p. 156 et suivantes.

De même un malade aphasique, dont le Dr Russell a relaté l'histoire, ne pouvait prononcer un seul mot, mais arrivait à se faire comprendre *en montrant dans un livre les mots dont il avait besoin* pour exprimer sa pensée.

gage ne résultait pas de l'amnésie verbale, puisque le malade trouvait spontanément pour les écrire les mots qu'il ne pouvait articuler. La modalité pathogénique de l'aphasie est donc très-différente dans ce cas de celle qui présidait au développement du même symptôme sur les malades précités.

Ce qu'on appelle aphasie ne consiste pas seulement, Messieurs, dans la perte du langage articulé. D'une façon plus générale, l'aphasie est constituée par « la perte ou la perversion de cette faculté qui nous permet d'établir un rapport entre une idée et un signe, que ce signe soit un mot, un geste, ou un tracé quelconque » (Broca). De là, naturellement, des variétés cliniques multiples, relativement aux modes divers que peut affecter la perte de cette faculté, c'est-à-dire relativement à l'écriture (1), la lecture (orale ou mentale), le chant (2), le langage mimique, etc., etc.

Or, ces variétés se retrouvent-elles dans l'aphasie syphilitique comme dans l'aphasie vulgaire? La plupart déjà y ont été signalées, et il n'est pas de raison pour que toutes n'y figurent (3). Je ne m'arrêterai pas à vous

(1) Une malade de Trousseau, affectée d'aphasie syphilitique, « ne pouvait dire ni écrire le nom des objets les plus vulgaires, tels qu'une montre, une clef, une cuiller, une assiette. Elle répétait bien son nom et l'écrivait avec facilité; mais si, après qu'elle l'avait écrit, nous l'invitions à écrire le mot cuiller, elle continuait *à écrire son nom*, et s'apercevait pourtant de son erreur, ce qu'elle témoignait par un geste de dépit, etc. » (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, par A. Trousseau, 2e édition, 1865, p. 577.)

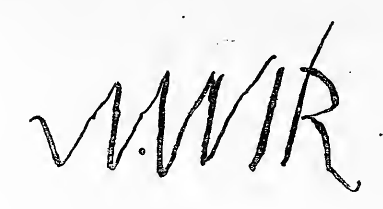
(2) Curieuse particularité : un de mes malades, aphasique à un haut degré, pouvait fredonner ou chanter, mais *sans articuler les paroles* de ses chansons.

(3) Exemple : la variété curieuse d'aphasie connue sous le nom

les décrire ici, parce qu'au total, si curieuses qu'elles soient, elles ne présentent rien de spécial, rien qui intéresse particulièrement notre sujet. Il me suffira donc de vous les signaler.

A titre d'exemple, simplement, et pour justifier ce que je viens de dire, je ferai passer sous vos yeux quelques spécimens de l'écriture d'un malade devenu aphasique par syphilis.

L'affection vient de débuter. A ce moment, sollicité d'écrire son nom (Robin), le malade trace, non sans de grands efforts, les caractères informes que voici :

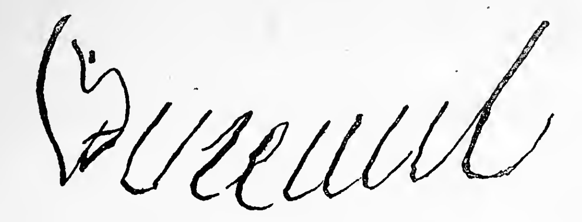


Quelques jours plus tard, allant déjà mieux, il peut écrire son nom d'une façon très-incorrecte, mais lisible.

d'*écho* ou *écholalie* a été observée dans un cas par mon savant collègue et ami, le Dr E. Vidal.

Une femme de 35 ans, syphilitique depuis plusieurs années, est prise tout à coup d'un accès d'aphasie avec légère parésie droite. Elle perd presque complétement l'usage de la parole. Mais, dès qu'on lui adresse une question, elle en répète aussitôt les *dernières syllabes* ou les derniers mots. Lui dit-on, par exemple : « Comment vous portez-vous? », immédiatement elle répète : « *Portez-vous* ». Parfois même, si la phrase est courte, elle la reproduit en entier. On lui dit : « Ça va bien? »; elle répète à l'instant : « Ça va bien. » Du reste, elle n'attache aucun sens aux mots qu'elle énonce de la sorte, d'une façon impulsive et en quelque sorte automatique. — Traitée par la médication antisyphilitique, cette femme guérit avec une rapidité significative, qui ne laissa pas le moindre doute sur l'origine spécifique de tels accidents. (*Communication orale.*)

On le prie d'écrire le mot *garde* (nom de sa profession), et il aboutit à ceci :



Le surlendemain, il ébauche passablement ce même mot garde, qu'il écrit *gaidre*. — On lui propose d'écrire *empereur*, et il s'en acquitte de la façon suivante :

Douze jours après, des progrès notables se sont produits. Le malade peut écrire d'une façon lisible et presque compréhensible. Cependant son langage écrit est encore bien défectueux, comme on en jugera par un fragment de lettre que je copie textuellement, en ayant soin de remplacer par des tirets les nombreux mots effacés.

Cher monsieur

Je vous dirai que je vous — n'étiez pas — hier soir je voulais faire hier soir — je voulais — quand — — vous n'étiez pas la — je ne sais aller — — je vous allais faire arranger une dent parce que elle était gagne de noir, etc.

(On comprend à la rigueur que le malade était allé voir son médecin au sujet d'une dent gâtée et qu'il ne l'avait pas rencontré.)

Trois semaines plus tard, ce malade quittait l'hôpital dans un état assez satisfaisant pour reprendre son service (1).

4° L'aphasie vulgaire coexiste presque toujours avec un état de *débilité intellectuelle* plus ou moins accusé. Il en est de même encore pour l'aphasie syphilitique. Dans la plupart des cas où l'on a étudié avec soin l'état des facultés mentales, on a presque toujours constaté (réserve faite pour les aphasies essentiellement transitoires) un trouble général de l'intelligence. Seulement ce trouble est très-inégal d'un malade à l'autre. Il peut être léger, superficiel, au point d'échapper à l'attention du médecin et de n'être appréciable que pour les personnes habituées à voir le malade. C'est là ce qui a lieu pour les aphasies d'intensité moyenne et de durée peu prolongée, comme aussi pour celles qui ne se compliquent pas de phénomènes paralytiques. — Au contraire, ce trouble est parfois nettement et absolument accentué. Compréhension moins facile, faculté d'attention diminuée, conception lente, sorte d'obnubilation et d'engourdissement de l'esprit, paresse de mémoire, torpeur véritable de l'intelligence qui se fatigue au moindre exercice, affaissement de la volonté, etc., en un mot, phénomènes de débilité mentale sur toute la ligne ; telles sont les complications habituelles des aphasies graves, associées à des symptômes paralytiques, surtout alors qu'elles persistent depuis un certain temps et qu'elles sont destinées à devenir permanentes.

(1) Je dois la communication de ce fait intéressant à M. le docteur L. Ménard.

5° Enfin une dernière analogie rapproche étroitement l'aphasie syphilitique de l'aphasie vulgaire.

Comme celle-ci, en effet, l'aphasie syphilitique peut être éphémère, plus ou moins durable, ou persistante à l'état définitif.

Nous l'avons vue, sous la forme éphémère, figurer au nombre des symptômes précoces de la syphilis cérébrale. Rappelons que, dans ce cas, elle est essentiellement sujette à récidives, au point de constituer une sorte d'*aphasie à répétition*, très-digne de remarque assurément.

Faisant invasion à une époque plus avancée de la syphilis cérébrale, elle se montre généralement plus rebelle et s'associe d'habitude à des phénomènes de paralysie droite. Sous cette forme et à ce degré, elle est encore justiciable d'un traitement spécifique énergiquement dirigé. Non traitée, elle peut même s'atténuer *sponte sua*, et s'effacer d'une façon complète ou incomplète ; mais presque infailliblement, alors, elle récidive une ou plusieurs fois, et toujours avec un degré de gravité supérieure. Vient enfin un moment où elle reste permanente, quoi qu'on fasse d'ailleurs, et constitue un état déplorable d'*infirmité orale* définitive.

Il se peut même que, dès un premier accès, l'aphasie syphilitique revête ce haut degré de gravité. Tel est le cas d'une de nos malades actuelles de la salle Saint-Thomas. Cette femme, dont vous m'avez entendu raconter l'histoire bien souvent, a été prise, il y a une dizaine de mois, d'un accès intense d'aphasie, avec phénomènes d'hémiplégie droite progressive. Longtemps elle ne s'est pas traitée ou n'a été soumise qu'à des traitements non spécifiques. Ce n'est qu'à son entrée dans nos salles

qu'elle a commencé à faire usage de la médication antisyphilitique, et vous avez pu voir quelles modifications surprenantes se sont produites tout d'abord dans son état, tant au point de vue de l'aphasie que des phénomènes paralytiques. Mais, après cinq ou six semaines, cette amélioration s'est pour ainsi dire enrayée; et, depuis plusieurs mois, quoi que nous ayons pu faire, nous n'avons plus obtenu le moindre progrès. La parole reste encore très-défectueuse, comme vous avez pu vous en convaincre ce matin même, et je crains bien de ne pas me tromper en présageant que cet état doive persister d'une façon définitive.

Résumons cet exposé et disons :

1° L'aphasie est un symptôme dont la liaison avec les altérations syphilitiques de l'encéphale est actuellement bien démontrée; démontrée de par l'observation clinique et de par les constatations nécroscopiques tout à la fois. Très-positivement et au-dessus de toute contestation possible, *il existe une aphasie d'origine syphilitique.*

2° Cette aphasie d'origine syphilitique se rencontre à diverses périodes de la syphilis cérébrale, dont elle constitue tantôt un phénomène *précoce*, et tantôt un phénomène plus au moins tardif.

3° Elle peut se présenter seule, *isolément*, comme symptôme traduisant à l'exclusion de tout autre l'impression de la diathèse sur le cerveau.

4° Mais il est plus commun qu'elle fasse partie d'un ensemble morbide et qu'elle figure dans la symptomatologie de la syphilis cérébrale au titre de symptôme *associé*, c'est-à-dire en compagnie d'autres symptômes

contemporains, au nombre desquels se placent en première ligne les *paralysies motrices du côté droit.*

5° En tant que symptôme, elle n'emprunte *rien de spécial* à son origine spéciale ; elle est ce qu'est l'aphasie vulgaire, et rien de plus. — Elle comporte du reste toutes les variétés pathogéniques et cliniques de l'aphasie vulgaire.

6° Comme durée, enfin, elle peut être éphémère, plus ou moins durable, permanente, définitive ; — et cela surtout suivant l'époque où elle fait invasion, suivant la coïncidence ou l'absence de phénomènes paralytiques, suivant la nature du traitement à laquelle elle est soumise, etc., etc.

ONZIÈME LEÇON

V. — FORME MENTALE.

Fréquence excessive des troubles intellectuels dans la syphilis cérébrale. — Raison probable de cette fréquence.

La forme mentale n'est le plus souvent qu'une forme *associée*. — Elle peut cependant se montrer isolée, indépendante pour un certain temps d'autres troubles cérébraux.

I. Deux groupes naturellement distincts de troubles psychiques : 1° troubles d'évolution lente et de forme dépressive ; — 2° troubles relativement aigus d'excitation cérébrale (délire, aliénation, manie, etc.).

II. Premier groupe. — Deux variétés : 1° *dépression intellectuelle simple ;* — 2° *hébétude incohérente.*

Dépression intellectuelle simple. — Ses caractères. — Série de phénomènes attestant un affaissement des facultés, mais sans incohérence, sans délire. — Exemples cliniques. — Troubles connexes de l'*état moral.* — Modifications de caractère, d'habitudes et d'humeur. — Degrés multiples de ces divers symptômes.

Amnésie. — Fréquence des troubles de mémoire dans la syphilis cérébrale. — Trois modes de production : amnésie lente, progressive ; — amnésie par saccades ; — ictus amnésique. — Degrés variables. — Possibilité d'une extinction complète de la mémoire. — Particularité relative à la conservation des vieux souvenirs.

III. Hébétude incohérente. — Forme exceptionnellement primitive, en général successive. — Symptômes de déraison, d'égarement, de vésanie, associés à la débilité mentale. — Caractère *général* de ce délire, sans idée fixe, sans prépondérance d'une vésanie particulière, partielle.

Formes morbides auxquelles succède usuellement cet état d'hébétude incohérente.

Exemple clinique.

IV. Variétés rares, exceptionnelles, où l'incohérence revêt l'allure d'un *délire partiel*, systématisé, monomaniaque. — Forme *lypémaniaque*, mélancolique, hypochondriaque.— Délires à idée fixe; *délire de persécution*, de *suicide*, etc.

Messieurs,

Le premier fait à inscrire en relief, au début des considérations relatives à la forme que nous allons étudier, est la *fréquence excessive des troubles intellectuels* dans la syphilis cérébrale. Cette fréquence est indéniable et mérite d'être signalée tout d'abord.

Dans la plupart, dans la très-grande majorité des cas où la syphilis porte son action sur le cerveau, elle affecte l'intelligence à des degrés variables et sous des formes diverses. Souvent même elle l'affecte d'emblée, dès le début des accidents, ou à une époque encore peu distante de l'invasion première. Que si elle la respecte pour un certain temps, elle ne tarde guère à l'intéresser plus tard, dans une étape ultérieure, alors que la maladie est abandonnée à elle-même, ou bien alors qu'en dépit du traitement elle continue son évolution progressive.

Déjà nous avons vu les troubles intellectuels figurer, à titre de phénomènes contemporains ou consécutifs, dans les quatre formes initiales qui nous ont occupés jusqu'ici (forme céphalalgique, forme congestive, forme épileptique, forme aphasique). De même nous les rencontrerons comme symptômes fréquemment associés à la plupart des formes paralytiques qui nous restent à étudier prochainement.

Donc, presque invariablement, à une époque quelconque du processus morbide, l'intelligence est atteinte

par la syphilis cérébrale. C'est là un fait majeur, essentiel à établir catégoriquement, comme préambule à ce qui va suivre.

Au reste, Messieurs, ce fait n'a rien qui doive nous surprendre. Il aurait pu être prévu, annoncé *a priori*. La fréquence des troubles intellectuels dans la syphilis cérébrale n'est que la conséquence logique d'une particularité déjà signalée bien des fois dans ce qui précède, à savoir la prédilection de la diathèse pour les lobes antérieurs du cerveau et pour la substance grise. C'est, en effet, dans les lobes antérieurs, c'est dans la substance grise corticale, que résident, vous le savez, les foyers des manifestations intellectuelles.

Pour la plupart des cas, les troubles intellectuels dont nous allons parler prennent place dans la syphilis cérébrale à côté d'autres symptômes, d'autres phénomènes de divers ordres, phénomènes congestifs, épileptiques, paralytiques, etc. Donc, à vrai dire, la forme mentale n'est le plus souvent qu'une forme *associée*. Il est cependant un certain nombre de malades chez lesquels—pour un temps, tout au moins—cette forme se montre *isolée*, indépendante. Ainsi il n'est pas très-rare que, de la sorte, des manifestations d'ordre purement psychique inaugurent le début de l'affection sans autres troubles d'ordre différent, au moins sans autres troubles majeurs. De plus, bien que combinée à d'autres symptômes, la forme mentale prend en maintes occasions le premier plan de la scène morbide par la prédominance et l'importance de ses manifestations propres. A divers titres, donc, elle mérite, je pense, d'être décrite séparément,

comme constituant une forme particulière, appelée à trouver place à côté des précédentes.

Cela dit, voyons aussitôt quels symptômes la caractérisent.

I

Les troubles intellectuels de la syphilis cérébrale se distribuent en *deux groupes* naturellement distincts :

1° Les uns, de beaucoup les plus communs, sont des symptômes d'*évolution lente* et de *forme dépressive*, constituant une sorte d'affaissement graduel de l'intelligence, de dépression mentale, d'hébétude progressive.

2° Les autres, de marche plus rapide, acquérant d'emblée ou hâtivement une intensité notable, consistent en des phénomènes d'*exaltation* ou d'*excitation* cérébrale, en des états aigus ou relativement aigus de *délire*, d'*aliénation*, de *manie*.

Ces deux ordres de troubles psychiques sont loin d'être également connus, sont loin d'être également accrédités près des pathologistes contemporains.

Les premiers, ceux de forme lente et dépressive, caractérisés par l'affaiblissement intellectuel et l'hébétude progressive, trouvent grâce devant les plus sceptiques et sont généralement admis.

Les seconds, au contraire, sont gravement tenus en suspicion. Bien loin d'avoir pris place dans la science classique, ils figurent à peine, même à titre effacé, dans quelques monographies spéciales, et ne ressortent d'une façon évidente que de quelques observations épar-

ses, oubliées ou méconnues comme importance. Et cependant, Messieurs, pour être plus rares que les premiers, ils n'en sont pas moins authentiques, croyez-le. Ainsi que j'espère vous le démontrer bientôt, il existe bien positivement des états cérébraux syphilitiques qui méritent d'être décrits sous les noms de *délire*, de *folie*, de *manie*, etc. Les cas de ce genre ne paraissent encore extraordinaires que parce qu'ils n'ont pas été suffisamment signalés à l'attention des cliniciens. Nous verrons qu'à tous égards ils sont dignes d'être soigneusement étudiés et de constituer un chapitre nouveau de la pathologie syphilitique.

II

Parlons d'abord de la première variété, celle de forme lente et dépressive.

Incomparablement la plus fréquente, je le répète, celle-ci consiste en un ensemble de phénomènes attestant un *affaissement graduel de l'intelligence*.

Elle comporte deux degrés, que je qualifierai immédiatement de la façon suivante, pour bien les spécifier à vos yeux :

1° *Dépression intellectuelle simple ;*

2° *Dépression intellectuelle avec incohérence.*

Le premier degré (*dépression intellectuelle simple*) est l'analogue de ce qu'on observe au début de nombre d'affections intéressant l'encéphale, par exemple au début du ramollissement cérébral de forme lente. Il consiste

sommairement en une série de phénomènes attestant une débilité intellectuelle *relative*, un affaissement des facultés psychiques, mais un affaissement simple, sans perversion mentale, sans incohérence, sans délire. L'individu affecté de la sorte, à ce degré, est devenu inférieur à lui-même comme intelligence ; mais ce n'est pas encore un incohérent, un délirant.

Déjà, en vous parlant des manifestations psychiques consécutives à l'épilepsie, j'ai eu l'occasion de vous dépeindre la dépression intellectuelle en question ici. Inutile donc de répéter le tableau ; je me bornerai à vous le rappeler succinctement.

Ce qu'on observe est ceci : sorte d'alourdissement, d'engourdissement de l'intellect ; — lenteur et paresse de l'idéation ; — conceptions moins faciles, moins nettes, moins lucides ; — faculté d'attention diminuée ; — faiblesse de mémoire, phénomène des plus communs et des plus remarquables, auquel nous consacrerons quelques remarques spéciales dans un instant ; — défaut de suite dans les idées, les projets, les paroles, les actions ; — inaptitude relative pour toute occupation exigeant une certaine tension d'esprit, — fatigue cérébrale rapide à se produire à la suite d'un travail tant soit peu prolongé ; — oublis, contre-sens, maladresses, bévues, gaucheries, dans les affaires, les relations, les actes les plus simples de la vie courante, etc,. etc ; — en un mot, tous phénomènes attestant une véritable *asthénie intellectuelle,* tous phénomènes témoignant d'une dépression évidente des facultés psychiques.

Les malades se rendent-ils compte d'un tel état ? Oui et non tout à la fois. Je m'explique, et prêtez-moi votre

attention, Messieurs, car il est ici une nuance difficile à préciser, que je voudrais cependant bien mettre en lumière. Oui, les malades ont conscience assurément de leur défaillance intellectuelle ; ils s'en aperçoivent à la difficulté qu'ils éprouvent au travail, qu'ils éprouvent à s'acquitter de leurs occupations habituelles ; ils la signalent, ils l'accusent à leur entourage. Mais ils ne s'en rendent compte (sinon toujours, au moins le plus souvent) que d'une façon insuffisante, d'une façon distraite, inattentive, presque indifférente même en certains cas. Ils sentent bien, suivant leur expression habituelle, qu'ils « ne sont plus les mêmes, qu'ils ne sont plus ce qu'ils étaient autrefois »; mais ils ne le sentent que vaguement, confusément; ils ne se jugent, ils ne se voient — passez-moi l'expression — qu'à travers le brouillard de leur intelligence obscurcie, qu'à travers une sorte d'obnubilation cérébrale qui leur enlève l'exacte appréciation des choses.

De là même résulte, soit dit incidemment, que nombre d'entre eux, tout en se croyant, en se disant malades, ne prennent pas souci de leur état, ne songent pas à consulter un médecin, et, finalement, n'arrivent à nous qu'à une époque plus ou moins tardive.

Cette forme de syphilis cérébrale qui s'inaugure de la sorte par des troubles intellectuels ne laisse pas d'être assez commune. Vous en avez deux exemples actuellement dans nos salles.

Le premier vous est fourni par un jeune homme couché au n° 38 de la salle Saint-Louis. Chez ce malade, la syphilis cérébrale s'est accusée exclusivement, comme début, par de la dépression d'intelligence et du balbutie-

ment. Pendant plusieurs mois, elle s'en est tenue là, sans se compliquer d'autres symptômes. Si bien que, d'emblée, ce jeune homme a passé près des siens et de ses camarades pour avoir «la tête dérangée». Employé comme placier dans une maison de commerce, il est devenu par degrés incapable de remplir ses modestes fonctions. Il n'avait plus l'intelligence nécessaire pour aller proposer une marchandise, en débattre le prix et conclure un marché. Il commettait journellement des oublis, des maladresses, des inepties. Dès qu'une affaire présentait quelque chose en dehors du courant usuel, « il n'y entendait plus rien », de son propre aveu. Il avait perdu la lucidité, le discernement, le bon sens, « s'arrêtant, comme nous le racontait son frère, aux menus détails, aux petites choses, et perdant de vue le but principal, essentiel ». Exemple : un jour, il est chargé d'aller discuter une facture chez un client; il s'absente quatre heures, puis revient sans pouvoir dire le résultat de sa démarche. Aux questions qu'on lui adresse il répond par toutes sortes de naiseries, racontant « qu'il a pris tel chemin, qu'en route il a vu ceci et cela, qu'il a été reçu par un monsieur très-distingué, etc. » ; mais impossible de savoir de lui ce qu'il a obtenu sur le fond même de l'affaire. Bref, c'était, dans la force du terme, « un simple d'esprit », et l'on avait pris l'habitude, à son magasin, de le considérer comme un grand enfant, incapable, inepte, à qui l'on ne confiait plus que des commissions sans importance.

Mêmes phénomènes, exactement, chez une autre malade de la salle Saint-Thomas (lit n° 22). Cette femme, actuellement affectée d'une hémiplégie gauche et de douleurs ostéocopes des plus intenses, a débuté dans la sy-

philis cérébrale par des accès violents de céphalée et une dépression rapide de l'intelligence. Caissière dans une maison de parfumerie, elle a dû quitter sa place parce qu'elle était devenue — et cela en l'espace de quelques mois — incapable de la remplir. Dans les calculs, dans les comptes qu'elle avait à faire, elle commettait incessamment des erreurs graves; elle se trompait, nous dit-elle, dans l'addition la plus simple. La balance de sa caisse était pour elle une « affaire d'état, dont elle ne venait à bout qu'au prix de mille efforts ». Également faible de mémoire et d'esprit, il lui arriva d'envoyer des factures à des clients qui avaient soldé leur compte, et réciproquement elle négligeait d'envoyer des factures en souffrance. Elle « n'avait plus d'idées pour écrire une lettre » ; souvent elle recommençait la même lettre jusqu'à trois et quatre fois de suite avant d'aboutir à quelque chose de satisfaisant. Elle avait désappris l'orthographe et le style ; elle commettait des fautes qu'elle n'avait pas l'habitude de commettre ; elle laissait des mots tronqués par absence d'une syllabe, des phrases inachevées, etc. Finalement, le travail intellectuel lui devint intolérable ; elle y renonça, et, ne se sentant plus capable que d'une occupation manuelle, elle entra dans un atelier de couturière.

Les troubles purement intellectuels dont nous venons de parler ont toujours pour symptômes connexes des troubles d'un autre genre, consistant en des modifications de *caractère*, d'*habitudes* et d'*humeur*. Mais ceux-ci, bien que non moins remarquables, sont souvent moins remarqués que les précédents, et cela parce qu'ils ne se traduisent pas d'une façon également sensible, également

appréciable pour le médecin. A l'hôpital, par exemple, ils nous échappent, en partie tout au moins, parce que nous manquons de points de repère pour comparer l'état actuel du malade avec son état antérieur. En ville, au contraire, ces *troubles moraux* ne manquent pas de frapper les familles qui nous renseignent fidèlement à ce propos. Et c'est alors que nous les voyons prendre une large part dans la scène morbide, en conférant aux malades une physionomie nouvelle, assez particulière pour mériter toute l'attention du médecin.

Quels sont-ils ?

Je vous le répète, ils consistent en des modifications notables de caractère, d'habitudes et d'humeur. Le malade se transforme par degrés en un homme différent de ce qu'il était autrefois. Il perd son entrain, son ardeur, sa vivacité habituelle. Il se détache de ce qu'il affectionnait ; il change de manière de vivre. Jadis, par exemple, travailleur et actif, il tourne au désœuvrement et à l'inertie ; jadis causeur et bavard, il ne parle plus ; jadis ami de la vie mondaine, il ne sort plus de chez lui, il ne va plus nulle part. Il devient *concentré*, sombre, taciturne, absorbé. — D'autre part, il se préoccupe moins de ce qui l'entoure, de ce qui le touche, et de ses affaires et de ses plaisirs, et de sa famille et de lui-même. Il néglige ses intérêts, ses relations. Il se néglige lui-même, dans les soins de sa personne, de sa toilette, etc. Il tombe dans l'insouciance, l'indifférence, le dégoût, l'ennui, l'apathie. — Enfin sa volonté faiblit ; il se laisse volontiers diriger par ceux qui l'entourent ; il s'abandonne, en un mot. Puis, par instants, il sort brusquement de sa torpeur, et sa vitalité engourdie se réveille alors sous forme d'impatiences, de colères, d'emportements non motivés, etc.

Et ainsi d'autres phénomènes, variés à l'infini, attestant un changement profond survenu dans ce qu'on appelle *l'état moral.*

C'est par cet ensemble de symptômes, à savoir par la réunion de ces troubles intellectuels et moraux, que s'accuse en certains cas la syphilis cérébrale, à une époque initiale ou jeune encore de son développement. C'est ainsi qu'elle se présente parfois, avant toute autre manifestation d'un genre différent, avant les symptômes d'ordre congestif, les accès épileptiformes, les paralysies, etc.

Sans doute la dépression intellectuelle et les modifications morales que je viens de décrire ne se présentent pas dans tous les cas sous une forme aussi accentuée. Elles sont susceptibles de degrés multiples, cela est presque superflu à spécifier. Ainsi, elles peuvent être légères relativement ; elles peuvent même être assez affaiblies en tant qu'expressions cliniques pour n'être pas remarquées comme elles mériteraient de l'être. On les méconnaît alors ou l'on n'en soupçonne pas la gravité. Puis survient quelque phénomène important qui démasque la situation véritable, tel qu'un ictus apoplectique, une crise épileptique, une paralysie ; et c'est à ce moment que le médecin, en reconstituant par l'anamnèse toute la série morbide, arrive à reconnaître comme prélude aux accidents actuels une plus ou moins longue période marquée par ces troubles intellectuels et moraux.

Au milieu des nombreux symptômes morbides qui précèdent, il en est un, vous ai-je dit, qui, par sa fré-

quence et son importance, réclame une attention particulière. Ce symptôme, c'est l'*amnésie*. Déjà, dans ce qui précède, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de vous le signaler incidemment, surtout à propos des troubles concomitants ou consécutifs de la forme épileptique. Le moment est venu d'en parler avec les développements qu'il mérite.

A coup sûr, il n'est pas de faculté cérébrale que la syphilis affecte d'une façon plus commune que la mémoire. Chez la plupart, je puis presque dire sur la totalité des malades dont il est question ici, l'amnésie figure comme symptôme de la scène morbide, à des degrés divers et à des époques variées. J'en atteste les observations déjà publiées dans la science, auxquelles les miennes serviraient au besoin de confirmation.

Cette amnésie peut être précoce, et c'est en cela qu'elle nous intéresse surtout quant à présent. Elle peut s'observer dès les premiers temps de la maladie. Et même, à une époque jeune encore, il n'est pas rare qu'elle soit remarquable par son intensité, notablement supérieure au désordre contemporain des autres facultés de l'intellect.

Les troubles de mémoire qui accompagnent la syphilis cérébrale se produisent suivant tel ou tel des trois modes que voici, modes très-inégaux de fréquence, comme nous allons le dire :

1° Le fait le plus commun est l'*affaiblissement graduel*, *progressif*, de la mémoire. Peu à peu, par degrés, la faculté du souvenir devient de plus en plus infidèle, de plus en plus débile ;

2° Assez souvent encore, l'amnésie s'établit et s'ac-

croît *par saccades*. Cela s'observe surtout, comme nous avons eu l'occasion de le signaler précédemment, à la suite des ictus congestifs, des crises apoplectiformes et des accès épileptiques. Soit indemne, soit déjà lésée avant une attaque de ce genre, la mémoire subit aussitôt le contre-coup de cette attaque et le traduit par un affaiblissement soudain, immédiat.

Il est même des cas où plusieurs ictus, plusieurs accès convulsifs d'épilepsie ont marqué, chacun pour sa part, un pas notable dans les progrès de l'amnésie. D'une façon très-nette, très-positive, chaque crise laisse alors à sa suite une débilité plus considérable de la mémoire ;

3° Mentionnons enfin, mais ceci à titre purement exceptionnel, la possibilité d'une extinction instantanée, d'une véritable *sidération* de la mémoire, rappelant tout à fait ce qui se produit pour la motilité après une attaque d'aploplexie. C'est là ce que, sans exagération, on pourrait appeler l'*ictus amnésique*.

Dans un des cas que j'ai le plus longtemps suivis et dont la spécificité m'a été démontrée par l'autopsie, j'ai vu un malade devenir absolument amnésique dans l'espace d'une nuit. Ce malade s'était couché avec une mémoire déjà quelque peu affaiblie, il est vrai, mais passable encore néanmoins ; il se réveilla le lendemain dans un état de complète amnésie.

Comme degré, les troubles de mémoire qui dérivent de la syphilis cérébrale comportent de nombreuses variétés, disons mieux, toutes les variétés possibles.

Le plus habituellement, surtout à une époque voisine du début, ils ne sont que légers ou moyens, ne

consistant qu'en une faiblesse relative de la faculté du souvenir.

Mais ce premier degré peut être dépassé, surtout alors que l'absence de traitement laisse un libre essor à la maladie. La mémoire, dans ce cas, va s'affectant de plus en plus; les oublis se multiplient; les erreurs, les répétitions, les omissions deviennent plus fréquentes. Et, finalement, une amnésie vraie se confirme.

Un pas de plus, et la mémoire serait presque éteinte. Seulement, ce pas se fait rarement, ou ne se fait en tout cas que dans une période avancée de l'affection. Pour ma part, je n'ai constaté qu'une seule fois ce haut degré de l'amnésie, et cela précisément chez le malade dont je vous entretenais à l'instant et qui fut frappé de la sorte dans l'espace d'une nuit. A son réveil, il avait à ce point perdu la mémoire qu'il ne se rappelait pas, à une minute d'intervalle, ce qu'il avait dit ou fait, ce qu'il venait d'entendre, les personnes qu'il venait de voir, etc. Chaque fois par exemple qu'une personne de sa maison, de sa famille, entrait dans sa chambre, il la saluait et lui demandait de ses nouvelles, comme s'il ne l'eût pas vue depuis longtemps. Il n'avait conservé aucun souvenir des événements mémorables auxquels il avait assisté, auxquels il avait pris part, ni de la guerre de 70, ni de la catastrophe de Sedan, ni du siége de Paris, ni de la Commune, etc. Très-curieux des affaires politiques, il en parlait sans cesse, demandant à tout propos « où l'on en était, ce que faisaient les Chambres, ce que faisait l'empereur » ; et, quand on lui racontait les tristes scènes que vous savez, tout cela était pour lui chose absolument nouvelle, dont il s'étonnait chaque fois, dont il s'émouvait chaque fois jusqu'aux larmes. Père de plusieurs enfants qu'il ché-

rissait, il avait oublié s'il avait des enfants ! Ou bien, s'il se le rappelait quelquefois, c'était pour demander combien il en avait, quels étaient leurs noms, leur âge ! On lui répondait à tout cela dix fois par heure, et c'était toujours à recommencer.

Particularité curieuse, plusieurs fois signalée déjà à propos de l'amnésie syphilitique, et commune du reste à des amnésies d'autre origine : absolument éteinte pour certains faits, la mémoire peut rester presque intacte pour d'autres. Ainsi, à côté d'une amnésie complète pour les choses récentes, contemporaines, actuelles, il est possible que le souvenir des choses *anciennes* reste conservé.

Tel était encore le cas du malade précité. Cet homme qui avait oublié toute l'histoire contemporaine, tous les événements tragiques dont il avait été spectateur et acteur, cet homme qui ne se rappelait pas ce qu'il avait dit ou entendu une minute auparavant, avait conservé néanmoins le souvenir de nombre de faits anciens. Il racontait d'une façon très-précise et très- exacte certaines anecdotes de sa jeunesse, de son enfance. Un jour, il me récita toute une scène de Corneille, et, un autre jour, une décade des racines grecques.

La mémoire *ancienne*, si je puis ainsi parler, la mémoire « des vieux souvenirs », comme on dit vulgairement, subsistait donc chez lui, parallèlement à une abolition absolue de la mémoire *actuelle*.

Sans doute, Messieurs, les divers troubles de mémoire dont je viens de vous entretenir n'ont rien qui soit spécial à la syphilis, rien qui lui appartienne en pro-

pre. Cependant ils ne sont pas moins dignes de toute votre attention. Par eux-mêmes, d'abord, ils constituent des phénomènes cliniques importants, curieux, essentiels à connaître. Et de plus, comme vous en avez pu juger, ils sont remarquables à divers titres, notamment par la fréquence avec laquelle ils prennent place au nombre des symptômes de la syphilis cérébrale, et par l'intensité qu'ils peuvent revêtir en certains cas particuliers.

III

Les désordres psychiques qui nous ont occupés jusqu'ici constituent une première forme que nous avons qualifiée du nom de dépression intellectuelle simple. Venons actuellement à une seconde, que nous pourrons appeler, par opposition, *dépression intellectuelle avec incohérence*, ou plus abréviativement, si vous le voulez, *hébétude incohérente.*

La scène morbide précédente se résumait en ceci : affaiblissement, mais non perversion, de l'intelligence. Plus complexe, la scène actuelle va comprendre ces deux termes réunis.

Le malade que nous avons étudié jusqu'alors était un pauvre d'esprit, un simple, un incapable, un hébété ; mais il n'était que cela au total. Le malade dont nous allons parler sera en plus un ataxique d'intelligence, un incohérent.

Dans cette seconde forme, en effet, l'intelligence n'est pas seulement affaiblie ; elle est affectée en outre suivant une modalité autre, qui est celle de l'égarement,

de la déraison, de la vésanie. Et c'est à ce double titre que la variété de troubles dont il va être question peut être qualifiée, comme je vous le disais, du nom d'hébétude incohérente.

Cette forme n'est que très-exceptionnellement primitive. Presque toujours elle a pour prélude la forme de dépression mentale dont nous venons de parler, et ne se combine à celle-ci qu'après un certain temps. En d'autres termes, c'est la débilité intellectuelle pure et simple qui généralement ouvre la scène, et, plus tard seulement, elle se complique de déraison.

Notons cependant qu'en certains cas, très-essentiels à bien spécifier, l'intelligence s'égare et dévie dès le début même des accidents, dans le même temps qu'elle commence à fléchir.

L'*incohérence* est l'expression dominante de cette nouvelle situation morbide.

Le malade est à la fois incohérent dans ses paroles et dans ses actions. Exemple : il commence une chose et ne la finit pas; il prend un objet et le laisse, sans même s'en être servi; il forme un projet, le nourrit un certain temps, puis l'abandonne pour passer à un autre; parfois il émet une phrase sans suite, un propos dépourvu de sens. Il commet une série d'actes sans intention suivie, et la plupart en dehors du sens commun; il s'habille et se déshabille, se couche et se relève plusieurs fois par jour sans savoir pourquoi; ou bien encore il reste au lit pendant des journées entières sans vouloir se lever. Il oublie où il est et ce qu'il s'est proposé de faire. Il ne se rend plus que vaguement

compte du temps, des dates, des lieux, etc. Il devient incapable de se diriger, de se conduire. Il semble à la fois abruti, machinal, automatique d'une façon continue, en même temps que déraisonnable, extravagant et maniaque par intermittences.

Cet état, en un mot, se résume en ceci : sur un fond d'incapacité et d'hébétude intellectuelle, sorte de délire de paroles et d'actions; — délire calme et tranquille, à part quelques moments d'excitation passagère; — et délire *général*, non systématisé, portant sur l'ensemble des actes de la vie, sans prépondérance d'une forme particulière de déraison monomaniaque, sans idée fixe prédominante. (Je ne fais que signaler ce dernier point sur lequel j'aurai à revenir dans ce qui va suivre.)

Un tel état ne laisse pas d'être assez commun à une étape plus ou moins jeune encore de la syphilis cérébrale. On l'observe notamment à la suite des formes congestive, épileptique ou paralytique. Pour ma seule part, j'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs malades qui, consécutivement à une série d'ictus ou de crises épileptiques, ont abouti progressivement à cette forme d'hébétude incohérente, susceptible d'ailleurs de degrés divers. J'en ai même sous les yeux actuellement un exemple des plus typiques, que je dois vous citer.

Un homme dans la fleur de l'âge, jouissant d'une constitution vigoureuse et d'une excellente santé habituelle, mais syphilitique depuis sept ans, commence par éprouver divers troubles qu'il néglige, tels que vertiges, absences momentanées, obnubilations passagères. Deux fois il est pris d'ictus résolutif. Il se traite alors par la médication spécifique dont il éprouve un bénéfice immé-

diat, mais qu'il abandonne prématurément. — Des accidents analogues se reproduisent bientôt, et il s'y joint des crises épileptiques, dont les premières restent méconnues parce que, survenant la nuit, elles ne se traduisent que par une évacuation des matières au lit. J'examine les yeux à ce moment (précaution indispensable en pareil cas, je vous en dirai le pourquoi), et je reconnais, avec le concours de mon savant confrère le docteur Galezowsky, une névrite optique double. — La démarche ne tarde pas à devenir chancelante, avec ébranlements subits de temps à autre. De nouvelles crises épileptiques se succèdent, et l'une d'elles est même suivie d'une légère parésie hémiplégique.

Cependant le moral et l'intelligence s'affectent d'une façon parallèle. La mémoire se prend la première : le malade commet des oublis; il est forcé (chose qu'il ne faisait jamais) d'écrire sur un agenda l'emploi de sa journée; sans quoi il manquerait la plupart de ses rendez-vous. Très-actif de nature autrefois, en même temps que très-intelligent, très-travailleur, il ne s'acquitte plus que péniblement de ses occupations habituelles. Il devient lourd, somnolent (lui qui ne dormait jamais plus de cinq ou six heures par nuit), puis apathique, indifférent, engourdi. Ami des plaisirs, des théâtres, des réunions, mondain par excellence, il ne va plus nulle part, même chez sa maîtresse, parce que, suivant son expression, « cette femme et toutes les autres ne lui disent plus rien ». Il ne lit plus aucun livre, aucun journal, pas même le cours de la Bourse, qui le passionnait jadis et dont il n'eût négligé pour rien au monde de prendre connaissance le soir, en se couchant.

Peu à peu, en un mot, son intelligence décroît, s'affaisse; et son caractère, au dire de ceux qui l'entourent, se modifie d'une façon non moins sensible.

Le traitement spécifique, du reste très-irrégulièrement suivi, n'apporte qu'un amendement transitoire. En dépit de tous mes efforts, en dépit des conseils de plusieurs de mes collègues (qui s'accordent tous avec moi pour rapporter à une syphilis cérébrale de tels accidents), la situation se complique et s'aggrave de jour en jour.

Bref, pour arriver à l'état actuel de ce malade, sur la guérison duquel il est désormais impossible de compter, c'est aujourd'hui un homme tout à fait en état de déchéance intellectuelle et morale. Sans doute il continue bien encore (et cela malgré moi, malgré tout ce que j'ai pu dire et faire) à s'occuper de son commerce; mais, en vérité, il ne s'en occupe plus que pour tout embrouiller, pour commettre toutes sortes de maladresses, de sottises, d'inepties, qu'ont souvent peine à réparer les employés de sa maison. Il passe des heures, quelquefois des journées entières, à écrire des lettres à tout le monde, et souvent des lettres absolument inutiles ou contradictoires. Il forme cent projets de déplacement, de voyage à des eaux minérales lointaines « qui ne pourront manquer de le guérir », et il ne met aucun de ces projets à exécution. Il a la ferme volonté de se traiter, de « bien faire tout ce que je lui recommande », et il oublie constamment de prendre ses remèdes, ou bien il les refuse lorsqu'on les lui propose. Successivement il a renvoyé de chez lui — et sans motif valable — divers employés qui lui étaient cependant indispensables; il a été jusqu'à congédier sa sœur, son frère, sa mère, sans parler de plusieurs gardes-malades, « parce que, dit-il, tout ce monde-là en veut à sa

fortune, tout ce monde-là le trompe, le gruge, le vole ». Il trouve des ressemblances extraordinaires entre les personnes ou les choses qui se ressemblent le moins. Par moments, il ne se rend compte ni des lieux ni du temps. Ainsi, le mois dernier, il s'est cru pendant huit jours dans le petit village qui l'a vu naître, et cela pour la raison qu'une des rues de Paris qui donne en face de sa maison présente une ressemblance (sans doute bien éloignée) avec la grand'rue dudit village. Lundi dernier, il voulait absolument qu'on fût à dimanche ; et, comme il croyait que tout le monde chez lui conspirait à le tromper, il prit le parti de descendre son escalier, sans rien dire à personne, et d'arrêter un passant en le priant (de la façon la plus polie, du reste) de vouloir bien le renseigner «sur le jour où l'on en était réellement ». Et ainsi d'autres excentricités et insanités dont je vous fais grâce.

Et cependant — particularité curieuse à relever incidemment — ce même malade à cerveau si troublé présente de temps à autre des instants de lucidité parfaite. Quand j'arrive près de lui, par exemple, invariablement dans les premières minutes de mon examen je le trouve très-différent de l'homme que je viens de vous décrire ; et ce n'est que plus tard, après quelques instants de conversation, qu'il se révèle enfin sous son côté pathologique véritable. Lors d'une consultation médicale, devant des visages nouveaux, il s'observe, il se tient en quelque sorte, il répond d'une façon correcte, presque irréprochable. Vient-on alors à lui parler de ses erreurs, de ses oublis, des actes déraisonnables qu'il a pu commettre, il en rit le premier ou s'en afflige suivant sa dis-

position actuelle; en tout cas, il les apprécie comme ils doivent l'être, avec une apparente sûreté de jugement qui surprend tout le monde. On dirait un homme en pleine possession de lui-même. Puis laissé seul, ou bien en compagnie des siens, des personnes qu'il a coutume de voir, il dévie tout aussitôt et recommence à divaguer. Bizarre mélange de raison et de déraison; singulière alternance entre des moments de lucidité en apparence absolue et un état de dérèglement cérébral presque constant!

Cet étonnant contraste, à coup sûr, ne présente rien de spécial à la syphilis, et nous savons tous qu'il s'observe dans nombre d'affections mentales de divers genres. En l'espèce, cependant, il n'est pas moins utile à signaler, en raison de l'intérêt scientifique qui s'y rattache, en raison aussi des questions médico-légales si difficiles et si graves que les situations de cet ordre sont de nature à soulever.

Tel est, Messieurs, l'ensemble de phénomènes que j'ai cru pouvoir qualifier du nom d'*hébétude incohérente*, et qui, vous le voyez, ne mérite que trop cette dénomination. C'est à ce triste ensemble qu'aboutit fréquemment la syphilis cérébrale à une période plus ou moins avancée de son évolution. Encore n'est-ce pas toujours là son dernier terme. Plus tard, nous la verrons conduire les malades à des états bien autrement affligeants et graves, pour se terminer, comme étape ultime, par la *démence* confirmée.

IV

Si je me suis bien fait comprendre, vous avez dû remarquer, Messieurs, que, dans la dernière forme de troubles morbides qui vient de nous occuper, la perturbation intellectuelle se traduit exclusivement par une incohérence *générale*, par un *délire d'ensemble*, portant sur tous les actes de la vie, sur toutes les manifestations extérieures. C'est là, en effet, le caractère que revêtent presque invariablement les désordres psychiques de la syphilis cérébrale.

Notons cependant, pour être complet, qu'il est certains cas où les choses ne se présentent pas absolument suivant la règle précédente. Dans ces cas rares, presque exceptionnels, l'incohérence, au lieu d'être générale, revêt l'allure d'un délire plus systématisé, d'un délire partiel, se rapprochant de la monomanie.

C'est ainsi qu'on a vu quelquefois les troubles psychiques de la syphilis cérébrale affecter la forme *lypémaniaque*, *mélancolique* ou *hypochondriaque*, caractérisée par des idées délirantes de nature triste, avec dépression générale, intellectuelle et physique. Comme exemple du genre, rappelez-vous une femme que vous avez pu voir récemment dans le service de mon collègue et ami le Dr Besnier. Cette malade, affectée de divers accidents de syphilis tertiaire, présentait dans le même temps un véritable délire mélancolique, qu'après mûr examen, et avec la sagacité clinique que vous lui connaissez, M. Besnier n'hésita pas à considérer comme une manifestation

d'ordre spécifique. Elle se croyait ruinée, perdue, disait-elle; « elle n'avait plus qu'à mourir, et sa mort était proche ». Constamment on la trouvait à la même place, dans un coin de la salle, triste, silencieuse, abattue, absorbée dans un état de stupeur mélancolique. Pendant plusieurs semaines, elle refusa tout aliment, et il fallut, pour la nourrir, avoir recours à la sonde œsophagienne.

Plus rarement, on a rencontré des malades chez lesquels l'hébétude générale se compliquait d'un délire spécial à *idées fixes*, à idées de *persécution*, par exemple. Tel était le cas d'une de mes clientes, qui — déjà très-déprimée d'intelligence depuis quelques mois — fut poursuivie pendant un certain temps par des idées de ce genre. Tout le monde lui en voulait; et elle n'avait plus que des ennemis. Tantôt c'était son propriétaire qui la persécutait incessamment, qui allait l'expulser de son logis, vendre ses meubles, la citer devant le juge de paix, la déshonorer, l'affliger de toute espèce de vexations infamantes, etc. Tantôt, c'étaient des voleurs qui la guettaient de jour et de nuit, des ennemis de tout genre qui devaient la dévaliser, l'assaillir, la battre, l'assassiner, etc., et contre lesquels elle demandait protection à tout venant (1).

On a dit aussi que le délire de la syphilis cérébrale pouvait prendre la forme du *suicide*. Cela est vrai, absolument vrai, mais à coup sûr cela est rare.

Sans doute, des suicides ou des tentatives de suicide

(1) Quelques faits semblables existent déjà dans la science. — Voir, comme exemples, les cas cités par H. Grainger Stewart (*Syphilitic Insanity*, dans le *British medical Journal* (1870, p. 406).

ont été observés dans la syphilis cérébrale ; j'en pourrais citer moi-même quelques exemples. Mais, d'après ce que j'ai vu, il m'a semblé que le plus souvent, en pareil cas, le suicide dérivait d'un délire *inconscient* bien plutôt que d'une idée arrêtée, *intentionnelle*, longuement méditée, d'en finir avec la vie.

En d'autres termes, ce que j'ai vu sous ce rapport a consisté presque toujours en ceci : soit en des menaces passagères, éphémères, non suivies de tentatives d'exécution, et se mêlant au délire avec tant d'autres conceptions non moins fugitives ; — soit en des tentatives non raisonnées, non conscientes, c'est-à-dire en des *suicides de hasard*, purement accidentels et indépendants de la volonté. Un de mes malades, par exemple, faillit se précipiter un jour par la fenêtre, et l'on avait cru tout d'abord qu'il avait voulu se tuer. Mais, après plus amples informations, on dut reconnaître qu'il avait pris la fenêtre pour une porte d'escalier, et qu'il se serait tué de la sorte sans se rendre compte de ce qu'il faisait. Jamais, d'ailleurs, au préalable il n'avait exprimé d'idées de suicide, et jamais plus tard il ne commit de tentatives de ce genre.

En résumé, donc, si les troubles psychiques de la syphilis cérébrale sont susceptibles de revêtir la forme des délires partiels, systématiques, cela ne s'observe que dans un nombre de cas très-restreint. Cette forme *monomaniaque* est possible, avérée ; mais elle ne constitue dans l'espèce qu'une exception rare. Et, je vous le répète encore en terminant, c'est presque toujours par un délire *général* que se traduit chez les malades qui nous occupent la perversion des facultés mentales.

DOUZIEME LEÇON

V. — FORME MENTALE

(SUITE)

Un second ordre de troubles intellectuels est constitué par des phénomènes plus aigus d'excitation cérébrale, de délire, d'incohérence maniaque, de manie. — Authenticité indéniable, bien que non encore accréditée, de véritables états d'aliénation mentale d'origine syphilitique.

Formes diverses. — Impossibilité actuelle de les catégoriser dans une nomenclature précise. — Quelques formes principales, à savoir :

I. Forme de *délire* simple. — Ses caractères. — Erreurs auxquelles elle expose. — Exemple clinique.

II. Forme d'*excitation cérébrale*, d'*exaltation*, sans délire. — Caractéristique. — Limite difficile à établir entre cet état et la vésanie l'incohérence véritable. — Exemple. — Gravité de cet état mental sa tendance à dégénérer.

III. *Incohérence maniaque, manie.* — Perversion intellectuelle acquise conceptions délirantes, extravagances de paroles et d'actions loquacité; agitation physique; colères, violences, etc.

Identité de phénomènes avec l'accès de manie vulgaire. — Cependant, en général, forme plus calme, moins agitée, de cette manie syphilitique, par rapport à la forme suragitée de la manie commune.

Confusion facile et fréquemment commise avec la manie, la folie commune. — Exemple. — Importance capitale en l'espèce de la notion de cause et de la spécificité d'origine.

IV. Formes plus rares de *délire hallucinatoire*, de *lypémanie*, de *délire monomaniaque*, de *délire impulsif*, etc.

V. Deux modes d'invasion de ces troubles de l'état mental : 1° invasion sous *forme associée,* c'est-à-dire à la suite ou au cours d'autres

accidents cérébraux. — Importance, au point de vue diagnostique, de cette connexion de phénomènes. — 2° Invasion plus rare sous *forme isolée.* — Des phénomènes d'excitation cérébrale, de délire, de manie, peuvent ouvrir la scène morbide et l'occuper seule pour un temps. — Cas de Rayer ; exemples divers.

Difficultés inégales du diagnostic dans ces deux ordres de cas. — Difficultés considérables relativement aux cas du second ordre. — Absence de tout signe pathognomonique de spécificité. — Règle de conduite à tenir en semblable occurrence. — *Indication formelle de tenter le traitement antisyphilitique, même en l'absence d'une certitude diagnostique absolue.* — Objections. — Conclusion.

VI. Évolution ultérieure. — Acheminement progressif à la *démence.* — Lenteur habituelle d'évolution.

Quelques cas rares de *terminaison mortelle à brève échéance,* consécutivement aux troubles psychiques de la syphilis cérébrale.

Messieurs,

Nous avons assisté dans notre dernière conférence à la forme lente et dépressive des troubles intellectuels de la syphilis cérébrale. Il nous reste aujourd'hui à aborder l'étude d'autres troubles de forme différente.

Ceux-ci se distinguent des précédents à deux titres : 1° en ce qu'ils sont généralement plus rapides dans leur invasion ; — 2° et surtout en ce qu'au lieu de consister en des phénomènes d'ordre dépressif ils sont constitués par des phénomènes d'exaltation, d'excitation intellectuelle, de délire, de manie.

C'est aux troubles de ce genre qu'on réserve plus particulièrement le nom de *folie syphilitique* (1), bien que

(1) Cette dénomination de *folie syphilitique* a été très-vivement attaquée. Les reproches qu'on lui adresse me touchent peu, je l'avoue, et me paraissent plus que largement compensés en l'espèce par un avantage qu'on s'efforcerait vainement de méconnaître. L'essentiel ici, ce qui domine toute autre considération, c'est le point de vue pratique, uti-

parmi ceux dont nous nous sommes occupés jusqu'à présent il en soit bon nombre, comme vous l'avez vu, qui méritent à coup sûr de tomber sous cette appellation, d'être compris sous ce vocable générique d'aliénation.

Pour être moins fréquents — et de beaucoup — que ceux de notre premier groupe, les désordres intellectuels que nous allons avoir à caractériser ne sont pas moins dignes d'une étude très-attentive. Ils doivent même, dirai-je, nous arrêter d'autant plus qu'ils sont moins connus, moins acceptés que les précédents, et que, par une conséquence toute naturelle, ils exposent à des méprises, à des erreurs diagnostiques des plus regrettables. Bien des gens ont été considérés comme des fous vulgaires, alors qu'ils n'étaient que des syphilitiques en état d'excitation cérébrale. C'est là ce dont on commence seulement à s'apercevoir parmi nous aujourd'hui, et ce n'est pas trop tôt, en vérité

Veuillez, en effet, Messieurs, ne pas vous méprendre sur l'état de la science actuelle relativement au sujet qui va nous occuper. Il est absolument positif, comme je vous l'ai déjà dit, que la folie syphilitique n'a pas en-

litaire. Or, au point de vue pratique, la dénomination qu'on repousse est précisément celle qui peut rendre le plus de services. D'une part, elle affirme et vulgarise l'existence de certains troubles vésaniques se reliant à la syphilis comme origine; et, d'autre part, elle indique implicitement la médication spéciale qui leur est applicable. Qu'elle soit susceptible de critiques à d'autres égards, peu m'importe en vérité. Excellente au point de vue qui nous intéresse le plus, nous praticiens, je la conserve, et je crois éminemment utile qu'elle prenne place dans la langue médicale pour le plus grand bien des malades.

V. Batty Tuke, *Journal of mental science*, 1875, t. XX, p. 359.

core droit de cité dans la pathologie officielle, si je puis m'exprimer ainsi. Elle n'est tout au plus que *tolérée* à titre conjectural, hypothétique; elle est fortement tenue en suspicion, si ce n'est reniée, par la plupart de nos classiques. Pour vous en convaincre, parcourez les pathologies modernes, parcourez même les travaux plus récents sur les maladies mentales; c'est à peine si vous y trouverez, dans les chapitres d'étiologie, quelques lignes accordées comme par grâce à la syphilis, et accordées avec une sorte d'incrédule charité. Mais ce que vous n'y trouverez pas, soyez en convaincus, c'est une étude, une analyse discutée de l'aliénation syphilitique, c'est un exposé de faits, tels qu'en ont publié ailleurs soit divers syphiliographes, soit même quelques aliénistes étrangers.

Et, d'autre part, interrogez l'opinion publique, consultez le courant d'idées en faveur relativement à la folie syphilitique; vous ne rencontrerez guère que des tendances peu favorables (pour ne rien dire de plus) à l'admission de cette folie spéciale. Ma conviction à cet égard a droit d'être faite par expérience personnelle. Plusieurs fois il m'est arrivé en pratique d'avoir à émettre le diagnostic de folie syphilitique devant des aliénistes très-compétents, très-justement célèbres; et presque invariablement mon opinion n'a été admise qu'au titre d'une hypothèse possible, rationnelle, tolérable à la rigueur, mais singulièrement aventureuse et « fortement entachée d'hérésie ».

Et cependant, Messieurs, rien n'est aujourd'hui mieux établi que l'existence de véritables aliénations de provenance syphilitique. Des états de ce genre se rencontrent de temps à autre chez nos malades. Maintes et

maintes observations en ont été publiées par différents médecins en différents pays (1).

(1) Voir surtout, à ne citer que les travaux les plus intéressants relatifs aux chapitres qui vont suivre :

Ch. Schutzenberger, *De la syphilis comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale, simulant des affections idiopathiques du cerveau* (*Gazette médicale de Strasbourg*, 20 mars 1850.).

Ch. Bedel, *De la syphilis cérébrale* (Thèses de Strasbourg, 1851).

Th. Read, *The Dublin quaterly Journal*, 1852. — *Syphilitic Affections of the nervous system*, Londres, 1867. (Indications bibliographiques nombreuses dans ce dernier ouvrage.)

Ch. Hildenbrand, *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (Thèses de Strasbourg, 1859).

Berthier, *De la folie diathésique*, pour servir à l'étude des causes de l'aliénation mentale. Montpellier, 1859.

G. Lagneau (fils), *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860.

L. Gros et E. Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques* Paris, 1861.

Zambaco, ouvrage cité.

Griesinger, *Archiv. der Heilkunde*, 1863.

J.-F. Duncan, *Cases of syphilitic insanity and epilepsy* (*The Dublin quat. Journal*, 1863).

W. Smith, *Case of insanity depending of syphilitic infection* (*The British medical Journal*, juillet 1868).

Leidesdorf (*Medizinische Jahrbücher*, 1864).

Williams (*Journal of mental science*, avril 1869).

H. Grainger Stewart, *Syphilitic Insanity* (*The British medical Journal*, 1870).

Keyes, *Syphilis of the nervous system*, New-York, 1870.

Strethill H. Wright, *Insanity dependent upon constitutional syphilis* (*Edinburgh medical Journal*, 1872, vol. XVII, p. 1095).

M. J. Henry, *Clinical Observations on the dementia and the hemiplegia of syphilis* (*The american Journal of syphilography and dermatology*, edited by M. J. Henry, 1864, vol. III). — *Two Cases of syphilitic insanity* (même recueil, 1875, vol. V).

Wille, *Die syphilitische Psychosen*, allg. Zeitsch f. Psychiatrie, 1872.

Otto Brauss, *Die Hirnsyphilis*. Berlin, 1873.

Batty Tuke, *Two Cases of syphilitic insanity* (*The Journal of mental*

Je déclare, pour ma seule part, en avoir dans mes notes un contingent sérieux. Et je tiens pour certain, quant à moi, que la syphilis, de par les lésions qu'elle détermine sur l'encéphale, est susceptible de créer des troubles cérébraux qui font plus que confiner à la folie ; — qui font plus que « se rapprocher vaguement », comme on l'a dit, de certains types d'aliénation mentale ; — qui constituent des vésanies confirmées, patentes, indéniables ; — et qui, somme toute, de quelque façon qu'on veuille les qualifier, placent les malades dans une situation analogue à celle des aliénés véritables, des aliénés tels que nous les observons dans les hospices ou les asiles spéciaux.

Déjà je vous ai présenté quelques types de ce genre en vous parlant des troubles que j'ai qualifiés d'hébétude incohérente, compliquée ou non de délires partiels, systématisés. Ce qui va suivre vous en offrira, sous des for-

science, 1873-74, vol. XIX, p. 560). — *Remarks on a case of syphilitic insanity* (même recueil, octobre 1874, vol. XX, p. 352).

Hayes Newington, *Notes of a case of insanity dependent on syphilis* (même recueil, 1873-74, vol. XIX, p. 555).

Samuel Wilks, *Two Cases of insanity dependent on syphilis* (même recueil, avril 1874, p. 38).

Th. Buzzard, ouvrage cité.

David Skae, *The Morisonian Lectures on insanity for* 1873, edited by T. S. Clouston, lecture V (*The Journal of mental science*, avril 1875).

H. Jackson (*The Journal of mental science*, 1875).

Broadbent, leçons précitées.

Erlenmeyer, *Die luëtischen Psychosen in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung*, 1877.

N. Manssurow, *Die tertiare syphilis*, etc. Vienne, 1877.

Hanot, *De la syphilis cérébrale*, dans la *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. IX, 1877. (Cet excellent article contient une foule de documents bibliographiques récents, que je crois inutile de reproduire ici.

mes différentes, d'autres spécimens non moins accentués.

Revenons à notre point de départ.

Je vous disais en commençant que les troubles intellectuels de la syphilis cérébrale se manifestent quelquefois sous des formes plus aiguës que celles dont il a été question jusqu'ici, et surtout sous des formes différentes, différentes en ce qu'au lieu de consister en des phénomènes essentiellement dépressifs, elles sont constituées par des états d'*excitation*, d'*exaltation*, de *délire*, etc. C'est là ce qu'il nous faut actuellement démontrer.

Or les phénomènes de ce genre sont à coup sûr susceptibles d'expressions cliniques très-diverses. Ils le sont à ce point qu'on a pu en dire — non sans exagération, je l'avoue — qu'ils allaient jusqu'à reproduire « toutes les formes d'aliénation vulgaire, depuis la manie la plus violente jusqu'à l'idiotisme le plus complet ». Il serait donc opportun de les diviser en plusieurs groupes et d'en constituer des *espèces*, des *variétés* distinctes, avec des qualificatifs, des vocables appropriés. Un travail de ce genre, malheureusement, n'est pas encore possible dans l'état actuel de nos connaissances ; et, si nous sommes déjà assez avancés pour être en droit d'affirmer la folie syphilitique, nous ne le sommes pas suffisamment pour nous croire autorisés à la décrire d'une façon dogmatique et à réglementer dans une nomenclature précise les diverses formes qu'elle peut affecter. Restons donc plus modestes, et bornons-nous à donner une analyse des faits acquis, sans aspirer à un travail de synthèse que l'avenir seul nous permettra d'instituer.

I

En certains cas, ce que produit la syphilis cérébrale comme troubles psychiques se borne à une sorte de *délire* simple, plus ou moins analogue à un délire fébrile, à un délire de méningite ou d'encéphalite à processus subaigu.

La scène alors, au point de vue des troubles intellectuels, consiste simplement en un délire plus ou moins accentué, plus ou moins intense, avec agitation, impatiences, loquacité, insomnie, état général d'excitation permanente, alternant parfois avec des stades de somnolence passagère. On dirait, je le répète, un délire de fièvre, ou bien encore, ceci est plus exact, un délire de méningite, d'encéphalite commençante. Aussi, dans la plupart des cas, est-ce précisément en ce sens qu'une erreur diagnostique se trouve commise. Ne soupçonnant pas que la syphilis puisse être en cause, le médecin, après des hésitations, des tergiversations bien naturelles, aboutit à croire qu'il a affaire à un état congestif de l'encéphale, soit à une méningite lente, soit à une encéphalite locale, soit encore à toute autre affection susceptible d'éveiller vers le cerveau un certain degré de réaction.

Les faits de cet ordre ne sont pas très-rares. J'emprunterai le suivant à mon ancien collègue et ami le Dr Luton. Vous y verrez figurer, traduites par l'auteur, les difficultés et les incertitudes auxquelles de pareils cas laissent le médecin exposé.

Un homme de 30 ans, jardinier, syphilitique depuis

trois ans, commence par éprouver une forte douleur mastoïdienne qui devient continue, puis des éblouissements et des vertiges. Bientôt il est pris de diplopie; en taillant ses arbres, il voit deux branches au lieu d'une. Quelques jours après, un violent mal de tête, accompagné de vomissements, le force à s'aliter. M. Luton l'examine à ce moment, l'étudie avec le soin que ce distingué confrère apporte à tous ses malades, et diagnostique une congestion cérébrale. — Saignée, sinapismes.

Les symptômes s'aggravent, et se compliquent d'un strabisme interne du côté gauche, avec mydriase du côté droit. — M. Luton ne croit encore qu'à une encéphalite locale, simple, et prescrit successivement l'émétique en lavage, le calomel à dose altérante, des sangsues aux apophyses mastoïdes, un vésicatoire à la nuque, etc.

Puis, à quelques jours de date, éclatent des phénomènes cérébraux plus accentués : *délire; insensibilité subite;* indifférence à la douleur; le malade ne se croit plus malade, il veut à toute force s'habiller et aller à son travail; *loquacité;* somnolence par intervalles, etc.

Le lendemain, même délire, et, de plus, *accès de fureur*. Le malade veut se lever. Il demande un fusil pour tuer ceux qui lui résistent. L'état est tel qu'on porte un « pronostic désespéré ».

C'est alors seulement que, devant un état aussi bizarre, aussi extraordinaire, M. Luton commence à soupçonner la nature syphilitique des accidents. « Mis pour la première fois, dit-il, en présence d'un pareil cas, je fus un peu lent à former mon jugement; mais heureusement il était encore temps d'agir. »

Et, en effet, le soupçon de syphilis une fois admis,

le traitement spécifique (iodure et frictions mercurielles) est aussitôt prescrit, et le bénéfice ne s'en fait pas longtemps attendre.

Dès le premier jour de cette médication nouvelle, le malade paraît plus calme. Les jours suivants, l'amélioration s'accentue « avec une rapidité étonnante ». — Bref, tous les accidents disparaissent comme par enchantement, le délire en premier lieu, puis la céphalée et les vomissements. Le strabisme seul, comme cela devait être, persiste encore un certain temps. — Finalement, guérison complète (1).

Ainsi donc, en résumé : 1° ensemble morbide où un délire intense, furieux, prend rapidement place comme phénomène majeur, prédominant, à côté d'autres symptômes attestant un état cérébral; — 2° erreur commise tout d'abord, et, disons-le, erreur presque impossible à ne pas commettre : on croit à une congestion cérébrale, puis à une encéphalite, et les traitements vulgaires appropriés à ces états vulgaires restent, bien entendu, sans résultat heureux; — 3° enfin, soupçon de syphilis; intervention du traitement spécifique, et aussitôt amendement, disparition de tous les accidents.

Soit dit entre nous, Messieurs, combien de cas semblables ont dû être méconnus en pratique, et méconnus par ce fait qu'ils ne présentent rien de spécial, rien qui dirige le diagnostic vers la syphilis, rien qui éveille le soupçon de spécificité! — Et que de fois aussi des cas de ce genre ont dû aboutir à la terminaison qui semblait

(1) A. Luton, *De la paralysie syphilitique du nerf moteur externe de l'œil* (*Union médicale*, 1860, nouvelle série, t. VIII, p. 597).

inévitable ici, alors qu'est venue au médecin l'heureuse inspiration qui a sauvé le malade!

Certes, de tels cas demandent à être signalés. Peu remarqués jusqu'ici, ils sont bien dignes d'être recommandés à l'attention des praticiens.

II

Nous venons de voir un délire aigu, subit, violent, traduire l'action de la syphilis sur l'encéphale.

Ailleurs, et plus souvent, les troubles intellectuels de la syphilis cérébrale prennent une allure différente. Ils se rapprochent alors bien davantage des formes dites mentales, des formes de l'*aliénation* proprement dite.

Ici encore vont se présenter de nombreuses variétés qu'il me serait impossible de signaler toutes et de classer méthodiquement. Du moins m'efforcerai-je de vous caractériser les principales.

Un premier type, inconnu dans nos services d'hôpitaux, mais se rencontrant dans la pratique de ville avec une certaine fréquence, est celui qui affecte la forme d'une simple *excitation cérébrale sans délire*.

Les malades qui rentrent dans cette catégorie *ne sont pas à coup sûr des aliénés*, suivant l'acception vulgaire du mot; mais ce sont des *excités*, des *exagérés*, des *exaltés*. S'ils n'ont pas de conceptions véritablement délirantes, s'ils ne disent et ne font rien qui puisse être taxé d'incohérent, il n'est pas moins vrai que leurs paroles, leurs actions sont empreintes d'un caractère d'exagération qui se rapproche de la vésanie. Toujours

et en tout ils dépassent la mesure, si je puis m'exprimer ainsi. Ils sont dans un état continuel de suractivité mentale, de dépense intellectuelle surabondante. Ils forment divers projets, qui n'ont rien d'insensé par eux-mêmes, mais ils ne les forment que pour les abandonner aussi vite qu'ils les ont conçus. — Ils ont comme un besoin de parole immodéré; ils deviennent discoureurs, discuteurs, ergoteurs, et en même temps décousus, prolixes, diffus. — A l'unisson de leurs paroles, leurs actes sont précipités, irréfléchis, tumultueux. Ces malades semblent toujours affairés. D'un bout à l'autre de la journée, ils sont en mouvement; ils vont et viennent sans propos; ils ont perpétuellement un motif qui les appelle là où ils ne sont pas. — Facilement irritables, ils se fâchent pour un rien, et tombent dans des emportements disproportionnés avec les oppositions qu'ils peuvent rencontrer. — Et ainsi de leurs diverses manifestations cérébrales, qui concourent toutes à attester un déréglement intellectuel indéniable.

Ces individus, vous disais-je, ne viennent pas à l'hôpital; et il est une bonne raison à cela, c'est qu'ils ne se croient pas malades. En ville même, le médecin les surprend dans la vie du monde bien plutôt qu'il ne les reçoit dans son cabinet. Ce n'est le plus souvent qu'après coup, c'est-à-dire à la suite d'incidents ultérieurs, consécutifs à la phase d'excitation première, qu'on est appelé à juger de cet état par les commémoratifs, par le témoignage de personnes connaissant le malade de vieille date. Et ces personnes alors sont unanimes à vous dire ce que je m'efforce de spécifier en ce moment, à savoir : « que le malade, depuis un certain temps, leur

paraissait modifié comme intelligence ; qu'assurément *il n'était pas fou*, mais qu'il était singulier, bizarre, semblable à ce qu'on appelle vulgairement un excentrique, un cerveau brûlé ; et rien de plus ». Eh bien ! là précisément, Messieurs, est la limite difficile, mais importante à définir. Comprenez donc bien ceci. L'état dont il s'agit actuellement n'est pas l'incohérence, la vésanie ; c'est l'excitation cérébrale pure et simple, c'est l'*exaltation*, mais l'exaltation non encore délirante.

Au surplus, un exemple vous donnera mieux que je ne pourrais le faire la mesure exacte de ce curieux état.

Un de mes clients a débuté dans la syphilis cérébrale de la façon suivante : tout d'abord, accès de céphalée, avec vertiges intenses, allant parfois jusqu'au vomissement ; insomnie, amnésie, polyurie. Puis sont apparus des troubles intellectuels et moraux dont j'ai été témoin, que j'ai pu observer avec exactitude, et qui se résumaient en ceci :

Excitation cérébrale continue. De nature indolente, molle, presque apathique, le malade se transforme, et cela dans l'espace de quelques mois, en un homme d'une activité singulière. Il s'occupe d'affaires avec une ardeur insolite ; il veut, dit-il, étendre son commerce, ses relations. Puis, en même temps, il se laisse distraire de ces beaux projets, et, contre ses habitudes, se lance à toutes brides dans la vie mondaine, dans la vie du sport, des clubs, des courses, etc. Il prend le goût des cartes et se met à jouer sans mesure, à tous égards. Il passe ses nuits au cercle. Il risque au jeu des sommes importantes, tout à fait disproportionnées avec sa fortune ; il perd naturellement, et beaucoup, jusqu'à 30,000 francs dans une nuit,

et aboutit de la sorte à compromettre sa situation. Il se rend compte de sa faute alors, — remarquez bien ceci, Messieurs, — car il a conscience, car il n'est pas incohérent à la façon du paralytique général par exemple, lequel, s'attribuant des richesses imaginaires, ne se désolerait pas pour une perte d'argent, quelle qu'elle fût. Mais, tout en déplorant son erreur, il continue à jouer. — Par mesure de diversion, on lui conseille de voyager; et, tout aussitôt, le voici voyageant avec frénésie; il va d'une ville d'eaux dans une autre ville d'eaux; il ne veut plus rentrer chez lui. Simple bourgeois, il voyage en grand seigneur, prodiguant l'argent, « qu'il saura bien regagner ». — Il n'a pas moins besoin de parler que d'agir; il se mêle à toutes les conversations; il passe pour le « boute-en-train » de toutes les réunions; c'est un causeur infatigable, un discoureur à perte de vue. — En même temps il devient irritable, agressif, presque violent; il se fâche pour un mot, pour un rien; puis, un moment après, tout le premier il reconnaît ses torts et s'en accuse. Dans une consultation, par exemple, que je réunis pour lui, il prend à partie un de mes collègues relativement à une expression qu'il a mal comprise; il l'injurie presque, et tout aussitôt l'accable d'excuses, de politesses, de témoignages plus que respectueux, etc.

En un mot, vous le voyez, Messieurs, excitation cérébrale sur toute la ligne; excitation dans les paroles, dans les actes, dans tout l'ensemble des manifestations intellectuelles; et excitation simple, n'allant jamais jusqu'au délire vrai, jusqu'à l'incohérence. Exagération, exaltation mentale, mais non perversion, tout est là.

Aux yeux des gens du monde, cet état particulier peut

bien passer pour de la bizarrerie, de l'excentricité, « des travers accidentels, momentanés, de caractère et d'humeur, etc. ». Mais, pour un médecin, cet état a une portée toute différente et prend une signification bien autrement considérable. Pour un médecin, de tels phénomènes attestent un *trouble mental*, et un trouble mental grave, d'abord fort alarmant par lui seul, et ensuite destiné presque sûrement à dégénérer, si la cause n'en est pas suffisamment combattue. Que le terme d'aliénation ne soit pas encore de mise, parce que ce gros mot est peut-être disproportionné avec les symptômes actuels, soit ! je n'y contredirai pas. Mais tout au moins est-ce là de l'*aliénation en germe*, en élaboration. Et la preuve, c'est que, non traitée, non réprimée, et parfois même en dépit du traitement, cette excitation cérébrale fait place plus tard à un délire vrai, fait place à la folie proprement dite, comme de nombreuses observations l'ont surabondamment établi.

Tel est, Messieurs, un premier type des formes mentales par lesquelles peut se traduire l'influence de la syphilis sur le cerveau.

Venons maintenant à une autre forme où les troubles morbides vont décidément prendre l'allure de la folie, de la manie véritable.

III

Le malade de ce second type n'est plus seulement un excité, comme dans la forme précédente ; c'est un *maniaque*. Ici la *perversion* intellectuelle est acquise, et

elle va s'accuser par des conceptions délirantes parfaitement caractérisées, quelquefois même par des hallucinations.

Ce qui caractérise plus spécialement cette nouvelle forme, c'est, d'un seul mot, l'*extravagance des paroles et des actes*.

Des propos incohérents, des phrases sans suite, des successions rapides d'idées qui se produisent sans enchaînement, sans association, témoignent tout d'abord du désordre intellectuel. Ce désordre, en l'espèce, est d'autant mieux sensible généralement que le malade, obéissant à un besoin de parole immodéré, se prodigue à tout venant, si je puis ainsi dire, et met chacun au fait de ses élucubrations délirantes. Souvent même il se trahit de prime abord rien que par cette loquacité exubérante, absolument caractéristique.

A cela s'ajoutent dans le même temps des troubles *moraux* corrélatifs. Le malade n'est plus l'homme d'autrefois. Il est devenu indifférent à tout, à ses affections intimes, à ses occupations préférées, à ses plaisirs de prédilection ; il ne fait plus attention aux siens, il ne se préoccupe plus de rien, ni de sa famille, ni de ses enfants, ni de ses amis ; il néglige ses intérêts, il n'y songe même pas ; bref, il se désintéresse, il se détache de ce qu'il avait jadis le plus à cœur.

D'autre part, les actes sont au diapason des troubles intellectuels et moraux. Dominé par un irrésistible besoin de mouvement, qui n'a d'égal que ce besoin de parole dont il vient d'être question, le malade est dans un état d'agitation continue. Il erre à l'aventure ; il va, il vient sans propos, semblant toujours à la recherche de quelque chose qu'il ne trouve pas, s'asseyant et se rele-

vant cent fois par heure, s'habillant, se déshabillant, se couchant on ne sait pourquoi; en un mot, commettant toute une série d'actes déraisonnables, extravagants, incohérents, qui varient à l'infini, soumis qu'ils sont au hasard de conceptions vagabondes.

Ajoutez, comme complément, l'animation du regard, l'aspect égaré de la physionomie; — le caractère brusque, rapide, tumultueux des mouvements; — l'intonation de la voix qui est brève, saccadée, élevée, bruyante; — les rires non motivés; — les gesticulations délirantes; — l'irascibilité excessive; — les emportements subits, les accès de colère imprévus, avec exclamations, vociférations, injures, menaces; — parfois même les violences, qui ne laissent pas d'être dangereuses; — plus rarement enfin les tentatives d'homicide ou de suicide, etc. — Ajoutez encore ce symptôme curieux d'une insomnie persistante et d'une absence singulière du besoin de sommeil, en dépit d'une fatigue musculaire excessive. Puis, réunissez tout cet ensemble et dites-moi, Messieurs, si un tel tableau ne vous rappelle pas une scène bien connue, une scène classique, celle de la *manie* vulgaire.

A coup sûr, les phénomènes qui précèdent sont exactement ceux qui composent l'accès de manie vulgaire. A coup sûr, ils constituent une véritable manie, dans l'acception du mot la plus formelle.

Vainement, en effet, chercheriez-vous un signe propre à distinguer l'état cérébral que je viens de décrire de la manie commune; ce signe, vous ne le trouveriez pas, je crois. Quant à moi, du moins, je déclare avoir tenté plusieurs fois ce diagnostic irréalisable, sans parvenir à

rien de satisfaisant, sans rien découvrir qui pût éclairer mon jugement.

Tout au plus existe-t-il entre ces deux états morbides une différence unique, tirée non pas de la nature des symptômes, mais seulement de leur degré d'intensité. Cette différence — qui, du reste, n'a rien de constant — consiste en ceci : forme relativement *plus calme* de la manie syphilitique par rapport à la forme suragitée de la manie vulgaire.

Il est à remarquer, en effet, que l'accès maniaque d'origine syphilitique ne présente pas *en général* (je dis en général, et rien de plus) le dévergondage d'actes et de paroles qui caractérise habituellement l'accès de manie commune. Réserve faite pour quelques exceptions rares, il m'a presque toujours semblé, d'après mon observation personnelle, que le maniaque par syphilis était moins excité, moins tumultueux, moins mobile, moins violent, que le maniaque vulgaire. Ou bien encore, si l'accès syphilitique se produit pour un temps avec l'exaltation prodigieuse de la manie commune, il s'apaise bientôt et laisse place à un état plus calme, moins agité, voire parfois à un état auquel le nom de manie conviendrait moins que le qualificatif atténué d'*incohérence maniaque*.

Mais à cela près, à cette différence près d'intensité, le maniaque par syphilis, je vous le répète, reproduit ou peut reproduire trait pour trait l'ensemble des phénomènes constitutifs de la manie commune. Voilà le fait.

Et ce fait est si vrai — je n'en veux pas de meilleure preuve — que nombre de fois la manie d'origine syphilitique a été méconnue comme nature, taxée de folie vulgaire, rapportée à telle ou telle forme d'aberration

mentale vulgaire. Les exemples de semblables erreurs abondent dans la science. Laissez-moi vous citer le suivant, très-instructif à tous égards, et véritable type de la forme morbide que nous venons d'étudier.

Un jeune homme contracte la syphilis, et reçoit mes soins, au début, pendant plusieurs mois. N'ayant plus rien de visible sur le corps, il se croit guéri, — comme c'est le cas de tant de malades, — et bientôt je ne le revois plus.

Six ans plus tard, il est pris d'une paralysie de la troisième paire, avec céphalée et accès de somnolence. Traité par l'iodure de potassium, il se débarrasse rapidement de ces accidents.

L'année suivante, il éprouve une perte passagère de connaissance à laquelle on ne prête pas attention. — Puis, un mois après environ, débutent des troubles intellectuels qui atteignent en peu de temps un haut degré d'intensité. Le malade ressent d'abord une inaptitude singulière au travail, dont il s'inquiète, dont il se plaint à maintes reprises. Il devient indifférent à tout ce qui l'entoure, et ne s'occupe plus ni de sa profession, ni de sa jeune femme, ni de son enfant. Sa volonté s'éteint. Il commence à déraisonner; et, bientôt, il déraisonne d'une façon continue, habituelle. Il tient toute espèce de propos incohérents, passant d'un sujet à un autre, et ne daignant même pas répondre aux objections qu'on lui adresse. Il commet une foule d'actes extravagants, insensés. Il est toujours en mouvement, et sa démarche empreinte de raideur, de maladresse, traduit un trouble évident des puissances locomotrices. — Ultérieurement le désordre intellectuel s'accroît encore, et le malade passe décidément pour « un fou » près de tous ceux qui

l'approchent, même un seul instant. Tantôt il se livre vis-à-vis des siens à des protestations enfantines d'amitié et de tendresse ; et tantôt il les accable d'invectives. Un jour il se jette aux genoux de sa femme, lui déclarant un amour passionné, et, deux minutes après, il l'insulte grossièrement. Recevant la visite d'un médecin qu'il ne connaît pas, il commence par vouloir l'embrasser, et aussitôt après l'agonit d'injures. Il entend des voix qui lui conseillent les actes les plus cruels ou les plus stupides ; constamment, jour et nuit, il se voit environné « d'hommes noirs » qui l'excitent à des crimes épouvantables. Il éprouve également des hallucinations de l'ouïe. Par instants, enfin, il devient furieux, frappe sa domestique, frappe sa femme ; il veut tout jeter par les fenêtres ; il exprime l'intention formelle d'en finir avec tous ceux qui l'ennuient, qui le tracassent, qui le persécutent ; « il les tuera tous, dit-il, et il se tuera lui-même ensuite, » etc.

Que pouvait être un tel état, et à quoi le rapporter? Diagnostic difficile et périlleux s'il en fut ; difficile à ce point qu'un homme des plus experts, qu'un aliéniste ustement estimé, s'y trompa lui-même. Ce distingué collègue crut à une « paralysie générale » et porta un pronostic désespéré.

Qu'arriva-t-il? C'est qu'à ce moment intervint un autre médecin. Ami du malade, connaissant sa vie, ses antécédents spécifiques, connaissant aussi ses ascendants, tous exempts d'affections mentales, l'honoré confrère à qui j'emprunte cette observation ne put se résigner à accepter le diagnostic de paralysie générale. Il soupçonna une encéphalopathie syphilitique et proposa de recourir au traitement spécifique, « ne fût-ce qu'à titre d'essai ».

Encouragé dans cette voie par M. le Dr Millard, dont vous connaissez tous la sagesse clinique, il institua ce traitement. Et, tout aussitôt, changement à vue, modification aussi rapide que prodigieuse dans la scène morbide. En quelques jours, — en quelques jours seulement, — le délire se calma, l'agitation disparut, tous les symptômes psychiques s'évanouirent. Au bout de trois à quatre semaines, — pas davantage, — l'état mental avait repris son équilibre, et toujours il est resté sain depuis lors, c'est-à-dire depuis quatre années actuellement (1).

Quel fait à méditer, Messieurs, et quel fait instructif pour la pratique ! Par les résultats heureux qui ont suivi l'administration opportune du traitement spécifique, jugez le service rendu au malade dans une situation qu'on avait pu croire « désespérée » ! Et, d'autre part, la syphilis restant méconnue dans le cas actuel, inutile de dire à quelle terminaison eussent abouti de tels accidents.

Voyez donc quelle importance majeure prend ici la notion de cause ; voyez ce que réalise en l'espèce la médecine étiologique, cette médecine intelligente, élevée, philosophique, qui, au lieu de se borner à enregistrer des symptômes et à les traiter en tant que symptômes, s'efforce de remonter à leur source, de les rattacher à leur origine, et de les combattre par un traitement approprié à leur nature, à leur essence.

(1) Je n'oublierai pas de dire que je dois ce fait si curieux à M. le Dr Bastin (d'Asnières). C'est à la sagacité clinique de notre honoré confrère que le malade en question a certainement dû la guérison et la vie.

IV

Après les divers types que nous venons d'étudier, peut-être devrais-je actuellement vous en présenter d'autres, comme expressions possibles de la syphilis cérébrale.

D'un certain nombre d'observations, en effet, il paraît résulter que les troubles psychiques de la syphilis sont susceptibles d'affecter telles ou telles modalités plus ou moins différentes de celles qui nous ont occupés jusqu'alors. C'est ainsi qu'on a décrit ou que j'ai observé personnellement un certain nombre de cas qui pourraient servir à constituer ici des formes morbides particulières, telles que les suivantes, par exemple :

1° Formes de *délire hallucinatoire*, remarquable surtout par la prédominance des hallucinations. — Tel est, comme exemple, un cas relaté par le docteur Batty Tuke (1), cas dans lequel le malade « se croyait transporté au ciel, assistait aux spectacles les plus ravissants, entendait la musique la plus délicieuse, etc. » ;

2° Forme de *lypémanie aiguë*, assez fréquente au début de la maladie, mais ne tardant guère à se confondre dans un délire plus général ;

3° Forme à *délire monomaniaque prédominant;* — celle-ci beaucoup plus rare, et constituée le plus souvent par un délire de persécution (2) ;

(1) *The Journal of mentai science.* Londres, 1873-74, vol. XIX, p. 564.

(2) V. GRAINGER STEWART, *Syphilitic Insanity* (*The British medical Journal*, 1870).

4° Forme à *délire impulsif*, déjà signalée à propos de l'épilepsie et consistant, comme vous vous le rappelez, en un délire subit et passager, lequel se manifeste par des actes déraisonnables, désordonnés, souvent agressifs et violents, parfois même criminels, etc.; tous actes commis sous l'influence d'une sorte d'impulsion automatique, irréfléchie, inconsciente, irrésistible.

Mais le petit nombre de faits dont nous disposerions encore à propos de chacune de ces formes (d'ailleurs infiniment plus rares que les précédentes) m'interdit de vous en donner quant à présent une description dogmatique. Je me bornerai donc à vous les signaler simplement, en attendant que de plus amples documents me permettent de vous en tracer l'histoire.

V

Les troubles d'excitation intellectuelle que nous venons de passer en revue se produisent dans deux ordres de conditions différentes, qu'il est très-essentiel de bien spécifier :

Ou bien ils sont associés à des manifestations cérébrales d'un autre genre, soit antérieures, soit contemporaines ;

Ou bien ils se produisent isolément, c'est-à-dire non précédés, non accompagnés d'aucun autre désordre cérébral.

De ces deux conditions, la première est infiniment la plus commune.

Le plus habituellement, en effet, ces troubles psychiques s'observent à la suite ou au cours d'accidents divers d'origine encéphalique.

Ce qu'on peut appeler la règle, c'est de les voir apparaître consécutivement soit à des crises violentes de céphalée, — soit à des accès plus ou moins répétés d'épilepsie ou d'aphasie, — soit encore à des ictus apoplectiformes ; — soit enfin à des phénomènes paralytiques, notamment à l'hémiplégie.

Deux exemples pris au hasard :

Un malade de M. Ricord, après avoir présenté une paralysie partielle de la troisième paire, puis une hémiplégie gauche progressive, commença à être affecté de troubles intellectuels. Il perdit la mémoire ; son intelligence s'affaiblit, puis il fut pris d'aliénation mentale. Pendant un mois, il déraisonna sur toutes choses, d'une façon calme et tranquille.

De même, sur un malade très-minutieusement observé par M. Zambaco (1), nous voyons se succéder la série des accidents suivants : d'abord céphalée violente et accès d'épilepsie qui, abandonnés à leur évolution propre pendant deux ans, deviennent de plus en plus fréquents, jusqu'à se répéter quotidiennement, voire plusieurs fois par jour. — Intervention du traitement mercuriel après ce long délai, et suspension immédiate des crises. — Abandon prématuré du traitement, bientôt suivi de récidive des mêmes accidents. — Puis, à la suite de deux nouveaux accès de forme comateuse, invasion subite d'une véritable *manie furieuse* qui dure quatre jours. — A dater de ce moment, dépression pro-

(1) Ouvrage cité, p. 514.

gressive de l'intelligence, hébétude, amnésie, troubles oculaires et retours intermittents *d'accès maniaques*, précédés d'hallucinations de la vue. Dans le cours de ce délire, le malade se livre à une foule d'actes des plus extravagants ; il crie, il vocifère ; il veut se déshabiller ; il s'irrite, menace, et déploie une telle force musculaire que quatre hommes ont peine à le contenir pour l'empêcher de briser les meubles et de frapper les assistants. D'autres fois, il prend le garçon de service « pour un bourreau qui vient lui couper la tête » ; il voit même le couteau que cet homme tient à la main, et appelle à son secours, etc. A la suite de ces accès, il redevient calme, mais reste de plus en plus bizarre, méfiant, hébété, stupide. Ainsi il se couche dans le lit des ses voisins ; il se promène sans but, sans savoir ni où il veut aller ni ce qu'il se propose de faire ; il ne se rend pas compte des lieux où il se trouve ; il verse son potage dans ses draps, il se barbouille la figure de noir de fumée, etc.

Dans ces deux cas et dans tant d'autres semblables que je pourrais citer, les désordres intellectuels ne font qu'accompagner ou suivre divers symptômes d'autre genre : céphalée, crises épileptiques, ictus comateux, paralysies, etc. Ils se présentent donc *associés* chronologiquement à ces derniers phénomènes ; ils sont partie d'un tout, éléments d'un ensemble, et je n'ai pas à dire s'ils reçoivent de cette combinaison, au point de vue diagnostique, la plus utile lumière. Immédiatement le médecin les prend pour ce qu'ils sont, à savoir pour des symptômes d'une lésion cérébrale, et il ne songe pas un seul instant à les confondre avec les manifestations d'une folie essentielle, d'une aliénation proprement dite.

Mais, en d'autres cas, — bien moins communs, il est vrai, — les choses ne se passent plus ainsi. Chez certains malades, les troubles intellectuels ne sont plus ni précédés ni accompagnés d'autres troubles cérébraux, au moins d'autres troubles saillants, importants. Tout au contraire, ils se produisent *seuls*, et, pour un certain temps, restent isolés.

C'est ainsi que parfois des phénomènes d'excitation cérébrale ouvrent la scène morbide et servent de préludes aux autres symptômes. De cela je vous ai cité déjà quelques exemples; je n'ai plus à y revenir.

On a même vu — mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, il est vrai — de véritables accès de manie ou d'incohérence maniaque inaugurer brutalement le début d'une syphilis cérébrale; et cela, j'ai besoin de le répéter encore, sans avoir été précédés d'autres phénomènes, au moins de phénomènes majeurs, remarquables et remarqués. Tel est un cas que je me rappelle avoir entendu raconter plusieurs fois par M. Rayer, cas fort intéressant et relatif à un homme politique bien connu.

Cet homme sortait de la Chambre, où il venait, détail intéressant, de soutenir avec son talent habituel une importante discussion. Rentrant chez lui en voiture, il commence à divaguer devant son secrétaire qui l'accompagnait. Sur la place Vendôme, il aperçoit quelques personnes arrêtées devant la colonne, et il les prend pour « des revenants, des fantômes ». Tous les passants qu'il rencontre alors sont de même des « morts sortis de leurs tombeaux ». A dater de ce moment, il déraisonne d'une façon constante et devient absolument fou. Divers médecins sont consultés ; diverses médications

sont prescrites, mais n'obtiennent aucun succès. Arrive M. Rayer, qui, connaissant le malade de vieille date, et « flairant quelque chose d'extraordinaire », comme il se plaisait à le dire, suspecte la vérole et formule un traitement spécifique. Coup de théâtre. Les phénomènes morbides s'atténuent presque instantanément ; le délire s'apaise ; succède une guérison rapide et complète qui, pendant de longues années, ne s'est pas démentie (1).

J'ai vu de même un médecin, qui m'avait fait l'honneur de se confier à moi, être affecté subitement, à la suite d'une périostose crânienne, d'une monomanie de suicide et d'homicide. Aucun autre phénomène cérébral n'accompagnait cette forme de délire, qui céda rapidement et complétement à la médication spécifique.

Mon savant collègue, M. le Dr Hillairet, me racontait, ces jours derniers, avoir observé dans sa clientèle un fait du même genre, se résumant en ceci : Une jeune femme reçoit la syphilis de son mari et éprouve successivement divers accidents qui, restant méconnus comme nature, ne sont pas traités. Plus tard, elle commence à souffrir de maux de tête qu'on taxe de migraines et auxquels on n'oppose que des médications insignifiantes en l'espèce. Puis, tout à coup, la raison s'égare ; la malade devient extravagante, incohérente au plus haut degré ; elle commet en paroles comme en actions toute espèce d'insanités. On la croit *folle*. Quelques semaines après, elle est prise d'hémiplégie et continue à délirer. Consulté à cette époque, M. Hillairet remonte aux antécédents, reconnaît la

(1) Ce malade a succombé longtemps plus tard à une nouvelle crise d'accidents cérébraux qui, cette fois encore, ont été considérés, m'affirme-t-on, comme relevant d'une origine spécifique indéniable.

syphilis d'une façon non douteuse, et prescrit le traitement spécifique. Tout aussitôt, arrêt et amendement des phénomènes morbides qui n'avaient fait que progresser jusqu'alors ; disparition rapide du délire, retour complet à la raison. Parallèlement, atténuation, mais atténuation simple de l'hémiplégie qui, malgré tous les soins, persista d'une façon définitive.

Inutile de vous faire remarquer, Messieurs, quelle différence sépare les cas de ce genre des précédents, où les troubles intellectuels étaient préparés, annoncés, pour ainsi dire, par d'autres symptômes d'une nature toute différente.

Or — et c'est là le point essentiellement pratique que j'ai à cœur de bien mettre en relief — les difficultés diagnostiques relatives à la *nature* de ces troubles intellectuels sont singulièrement inégales dans les deux ordres de cas que nous venons de passer en revue, c'est-à-dire suivant que les désordres psychiques se montrent associés à d'autres phénomènes cérébraux, ou bien au contraire composent seuls la scène morbide.

Dans les cas du premier genre, en effet, alors que l'excitation maniaque (pour prendre ce type comme exemple) a succédé à divers phénomènes, tels que céphalée, épilepsie, ictus, paralysie, etc., l'éveil est immédiatement donné sur la nature des troubles psychiques *par le seul fait des symptômes antérieurs ou contemporains*. Et la spécificité syphilitique de ces troubles peut être reconnue assez aisément, assez sûrement même, par la série d'inductions naturelles que voici :

1° Tel malade, je suppose, a commencé par présenter des crises de céphalée, des attaques épileptiques, puis

une paralysie quelconque. Des phénomènes de ce genre attestent certainement une lésion cérébrale.

2° Ultérieurement, le même malade s'est mis à délirer ; il a été pris d'une crise maniaque. Ces troubles intellectuels doivent rationnellement se rattacher à la même cause qui a déterminé les troubles antérieurs.

3° Or ce malade est un syphilitique. Donc, il est possible que sa lésion cérébrale soit d'essence spécifique ; — donc aussi, en ce qui nous concerne actuellement, il est possible que les troubles psychiques en question dérivent d'une origine spécifique. Cela même est rendu plus que probable par l'enchaînement, la marche, la succession des accidents.

Et, de la sorte, voilà le diagnostic engagé dans la voie de la syphilis, pour le plus grand bonheur du malade ; voilà l'accès maniaque, l'accès de folie, rattaché à la syphilis et soumis au traitement spécifique, c'est-à-dire au seul traitement qui lui convienne.

Vous le voyez donc, Messieurs, et il serait superflu d'insister davantage, dans le cas que nous avons pris pour exemple, comme dans tout autre semblable, c'est la circonstance de troubles cérébraux divers, associés aux troubles psychiques, qui révèle la spécificité de ces derniers phénomènes, qui l'atteste, qui en établit le diagnostic sur une base rationnelle. Rien que de très-simple, en conséquence, dans ce premier ordre de cas ; il suffit de se laisser guider par l'observation et le bon sens.

Très-différents et bien plus insidieux se présentent, au contraire, les cas du second genre, ceux où les troubles d'excitation cérébrale se montrent *isolés*, non com-

binés encore à d'autres symptômes pouvant concourir au diagnostic.

Or, c'est en face de ces derniers cas que je veux surtout vous placer, Messieurs, pour vous en faire comprendre les difficultés pratiques, pour vous montrer à quelles erreurs regrettables ils peuvent conduire le médecin.

Jugez bien, en effet, la situation. Un homme, dans le cours d'une pleine santé ou à la suite de quelques légers malaises, se trouve pris tout à coup de troubles délirants d'un ordre quelconque, exaltation simple, incohérence tranquille ou véritable manie ; et il ne présente pour tous symptômes que ces phénomènes d'aberration cérébrale. Sur quelle base faire le diagnostic *de nature* de tels accidents? Comment être conduit à les rattacher à la syphilis? comment être amené au soupçon même d'une origine syphilitique ?

D'abord, les antécédents de syphilis peuvent être ignorés du médecin, ou, en tout cas, n'être guère faciles à découvrir, vu l'état cérébral du malade (1). Mais je veux

(1) En toute autre circonstance, alors qu'on a affaire à un sujet *compos sui*, le témoignage du malade peut immédiatement renseigner le médecin sur les antécédents de syphilis. Mais, en l'espèce, qu'espérer comme anamnèse d'un malade en délire, qui ne comprend même pas ce qu'on lui demande ou qui n'y répond pas? Il importe cependant, et cela au plus haut degré, de savoir à quoi s'en tenir sur ce point essentiel, capital. Comment y arriver? Sans doute, l'examen du malade peut résoudre parfois la question, alors qu'il révèle quelque lésion actuelle manifestement spécifique ou les stigmates de quelque lésion antérieure. Mais bien plus souvent cet examen, restant négatif, reste par cela même insignifiant dans un sens comme dans l'autre. Aussi, soit dit incidemment, *a-t-on le grand tort en général de s'en contenter* et de conclure à la non-existence de la syphilis parce qu'on n'a rien rencontré comme témoignage actuel de syphilis. Que faire cependant pour parvenir au but? Ceci : *instituer une enquête* — j'entends une véritable et sérieuse enquête — sur les antécédents du

vous faire la partie la plus belle possible, et j'admets que ces antécédents spécifiques soient connus. Même dans cette hypothèse, quelles données vous permettront de rapporter à une influence syphilitique les symptômes de l'état mental ? Ceci mérite examen et discussion.

Est-ce que, tout d'abord, les troubles intellectuels relevant d'une cause syphilitique comportent quelque caractère particulier, quelque attribut pathognomonique ou au moins tant soit peu spécial, de nature à révéler leur origine ?

Pas le moins du monde. Je vous l'ai déjà dit, et je ne crains pas de vous le répéter encore parce qu'il y a un intérêt majeur à ce que vous le sachiez bien : les troubles intellectuels de la syphilis ne se différencient par aucun signe particulier. L'incohérence, le délire, la manie, la mélancolie, bref toutes les perturbations mentales de

malade près de toutes personnes l'ayant connu antérieurement, parents, amis, camarades, médecin, etc. Fouiller ainsi le passé d'un homme — et son passé le plus intime, le plus secret — offre à coup sûr des difficultés et des embarras de plus d'un genre ; mais c'est le seul moyen de savoir ce qu'on veut savoir, et le succès est à ce prix. On peut échouer, on échouera souvent, je n'y contredis pas, mais on peut aussi réussir. En plusieurs cas, pour ma part, — je l'affirme preuves en mains, — une semblable enquête m'a édifié sur des antécédents syphilitiques qui, sans ce procédé spécial, fussent restés ignorés, au grand détriment des malades.

A ce propos même, qu'il me soit permis d'ajouter une remarque. Dans cette recherche des antécédents syphilitiques, il y a moins à espérer, comme renseignements, de la famille du malade que des amis, des camarades, des compagnons de plaisir d'une époque antérieure. C'est là ce dont j'ai eu la preuve en maintes occasions, ce dont j'ai la preuve journellement en toute autre circonstance. Nombre de malades n'ont rien plus à cœur que de dissimuler ou de laisser ignorer à leur famille leur état de syphilis, tandis qu'ils n'en font pas mystère à leurs camarades, à leurs amis, aux jeunes gens de leur âge.

la vérole sont ce que sont l'incohérence, le délire, la manie, la mélancolie, etc., qui dérivent d'autres influences morbides. A n'apprécier qu'en eux-mêmes ces phénomènes de perturbation cérébrale, ils ne se distinguent en rien de ce qu'ils sont ailleurs, de ce qu'ils sont dans des circonstances étiologiques absolument étrangères à la syphilis.

En second lieu, quelque indication révélatrice ressortira-t-elle mieux d'accidents syphilitiques contemporains, affectant n'importe quel siége, n'importe quel organe, comme, par exemple, une syphilide, une gomme, une exostose, un sarcocèle, une perforation palatine, etc?

Si de tels accidents coexistent avec les troubles cérébraux, il va sans dire qu'ils constitueront un témoignage d'un inestimable secours, et nous saurons en profiter. Mais ce n'est là qu'une coïncidence de hasard, une éventualité pure et simple. Pour se produire une fois, cette coïncidence fera défaut dix autres fois, et nous n'avons pas à compter sur l'utile lumière qu'elle pourrait fournir.

Troisièmement, serons-nous mieux édifiés par les antécédents de troubles intellectuels, antécédents personnels ou de prédisposition héréditaire ? Pas davantage.

De deux choses l'une, en effet : ou l'on trouvera ou l'on ne trouvera pas soit chez le malade, soit chez ses ascendants, des troubles psychiques antérieurs.

Or, dans la première hypothèse, la notion anamnestique de symptômes de ce genre n'aura pas une bien grande valeur ; car de tels symptômes témoignent simplement d'une prédisposition, et rien ne dit que cette prédispo-

sition ne puisse favoriser l'invasion d'accidents cérébraux syphilitiques tout aussi bien que celle d'accidents cérébraux d'autre nature. Je tiens même pour certain, d'après plusieurs cas qui se sont présentés récemment à mon observation, que les sujets à ascendants cérébraux, c'est-à-dire à parents affectés de lésions cérébrales, sont plus exposés que d'autres aux localisations encéphaliques de la vérole.

Et, dans la seconde hypothèse, l'absence de tout antécédent de trouble mental chez le malade ou dans sa famille n'aura guère de signification plus positive. Sans doute elle constituera, je l'accorde, une présomption de plus en faveur d'une influence spécifique, en faveur de la vérole. Mais cette présomption ne saurait avoir, à tout prendre, qu'une valeur relative et restreinte. Il n'y a pas, en effet, que les fils de fous qui deviennent fous; et je crois presque inutile d'ajouter qu'on aboutit fréquemment à l'aliénation en dépit d'une longue lignée d'ascendants indemnes de tous troubles cérébraux.

Mais abrégeons, car déjà nous avons ouvert, relativement à l'épilepsie, une discussion de ce genre qu'il serait superflu de reproduire ici. En fin de compte, que nous reste-t-il donc pour juger de la spécificité d'origine des troubles psychiques en question? Tout bien considéré, bien examiné, ce qui nous reste, comme éléments diagnostiques, se réduit à ceci :

D'une part, des troubles cérébraux d'ordre mental;

Et, d'autre part, des antécédents avérés de syphilis.

Mais rien autre, rien de plus.

C'est donc sur un simple rapport à établir entre ces deux facteurs que sera basé notre jugement. C'est donc

sur une simple relation *possible* entre la syphilis comme cause et l'aliénation comme effet que reposera notre diagnostic. En d'autres termes, nous serons conduits à supposer que notre malade est actuellement affecté d'une aliénation d'origine syphilitique par cette seule raison que, devenu aliéné aujourd'hui, il a eu la vérole autrefois. Nous n'avons pour édifier notre conviction que le rapprochement, la connexion de ces deux termes sur le même sujet, syphilis et trouble mental.

Telle est bien nettement la situation, Messieurs ; ainsi seprésentent les choses en pratique, sinon toujours, assurément (1), au moins dans un certain nombre de cas.

Or, dans les cas de ce genre, précisément, quel parti prendre ? Réduits à des données diagnostiques aussi insuffisantes, aussi conjecturales, que celles dont nous disposons, devrons-nous agir ou non dans le sens de la syphilis, prescrire ou non le traitement spécifique ? Toute la question pratique est là ; et cette question est bien différemment résolue, je vous prie de le croire, à en juger par la conduite proposée ou tenue en pareille occurrence.

Certains médecins, en effet, vous diront : « Nous voyons bien, d'une part, que ce malade est fou aujourd'hui et, d'autre part, qu'il a eu la syphilis autrefois. Mais nous ne voyons pas le rapport qui relie cette folie actuelle à la syphilis ancienne. Pourquoi cette folie serait-elle syphilitique ? Quel symptôme, quel caractère en dé-

(1) Je ne parle ici, bien entendu, que des cas où les troubles intellectuels existent à l'état *isolé*, sans autres phénomènes cérébraux pouvant servir d'utiles appoints au diagnostic.

montre la spécificité ? Donc nous ne nous croyons pas autorisés à instituer le traitement antisyphilitique. Abstenons-nous, ou attendons tout au moins pour prescrire un tel traitement que la syphilis s'atteste par quelque manifestation évidente. » — Première doctrine, doctrine d'abstention dans le doute, d'expectation.

Puis, inversement, d'autres vous tiendront le langage que voici :

« Sans doute rien ne démontre que cette folie soit d'origine, d'essence syphilitique. Mais d'une part, au cas où elle serait syphilitique, elle se présenterait telle que nous la voyons, sans autres caractères plus distinctifs ; car elle ne saurait être autre que ce qu'elle est. Il se peut donc en somme qu'elle soit syphilitique. — D'autre part, dans l'état du malade, soigneusement scruté et inventorié, nous ne trouvons rien comme origine, comme cause, à quoi puisse être rattachée cette folie. — Or, dans l'ignorance où nous sommes de la raison de tels phénomènes, le bon sens nous conseille *d'aller au plus probable.* Rattachons-nous en conséquence à la seule cause connue, démontrée, qui se présente à nous dans l'espèce, et qui, par bonheur, se trouve être celle dont nous avons le plus à espérer. Au total, donc, agissons dans le sens de la probabilité, agissons dans le sens de la vérole.

« Et de plus, ajouteront ces mêmes praticiens, si nous devons intervenir de la sorte, intervenons immédiatement, sans retard. Car attendre en pareil cas, sous prétexte qu'un symptôme ultérieur pourra surgir et éclairer soudainement le diagnostic, serait ou bien attendre en vain, ou bien attendre trop tard, en laissant

aux lésions le temps de se confirmer à leur aise et de produire des désorganisations irréparables. »

Entre ces deux doctrines, entre ces deux lignes de conduite, inutile de vous dire, Messieurs, quelle est celle à laquelle je me rallie. Ce qui précède contient ma profession de foi, et je ne saurais l'affirmer ici d'une façon trop énergique.

A mon sens et d'après ce que j'ai vu relativement à l'ordre de cas qui nous occupe, l'abstention, la temporisation, le refus d'agir dans le sens de la vérole, est une faute grave que je condamne. Et je crois tout au contraire que l'indication formelle, absolue, est de tenter empiriquement (ne serait-ce même qu'à titre d'essai tout provisoire) le traitement de la vérole. Je ne me juge pas autorisé, pour ma part, à refuser aux malades cette dernière planche de salut.

J'insiste et je dis :

Un cas de folie ou de troubles psychiques quelconques venant à se présenter dans les conditions que nous avons précisées, si le malade a eu la syphilis, si d'un inventaire complet de ses antécédents et de son état organique actuel il ne ressort aucune cause à laquelle de tels troubles restent imputables, l'indication formelle est de prescrire le traitement antisyphilitique. C'est là pour moi plus qu'une conviction ; c'est là une règle de conduite urgente, impérieuse.

Quelles objections, au surplus, opposer à cette pratique ?

D'abord, est-ce qu'un traitement antisyphilitique, même inutile, sera notablement préjudiciable ou dangereux? Non, certes. A qui fera-t-on croire aujourd'hui

qu'un traitement antisyphilitique (j'entends un traitement bien dirigé, méthodiquement institué, et surveillé scrupuleusement) puisse compromettre la santé, l'état actuel ou futur du malade ?

D'autre part, est-ce que ce traitement exclut telle ou telle autre médication qu'on jugerait utile en l'espèce, comme l'internement, l'isolement du malade, l'hydrothérapie, le bromure, les révulsifs, les calmants, etc. ? Pas davantage.

Et, en fin de compte, que nous apprend l'expérience relativement aux résultats d'une telle pratique ? Ce qu'elle nous apprend, c'est, d'abord, qu'en semblable occurrence un essai prudent de la médication spécifique n'a jamais nui ; — c'est, ensuite, qu'il a plus d'une fois fourni de ces succès éclatants, merveilleux, qui ont sauvé le malade et grandement honoré le médecin. Rappelez-vous, comme exemples, les cas que je vous ai cités précédemment, et auxquels certes j'en aurais pu joindre plusieurs autres.

Donc, encore une fois, l'hésitation n'est pas permise. Une situation de ce genre étant donnée, *il faut agir*, il faut *tenter le traitement de la vérole*. Et je ne puis que vous répéter à ce propos ce que je vous disais il y a quelques semaines à l'occasion de l'épilepsie : c'est un véritable devoir professionnel pour le médecin, en pareil cas, que de savoir — à l'instar de Rayer, par exemple — prendre un parti net et immédiat, au milieu des incertitudes et des obscurités du fait clinique, en dépit des oppositions et des résistances qu'on peut rencontrer.

Je viens de prononcer le mot d'oppositions, de résis-

tances. Effectivement, Messieurs, alors qu'une occasion s'offrira à vous d'agir dans le sens que je viens de formuler, ne vous attendez pas à ce que votre décision trouve toujours près de vos confrères un accueil bien favorable, un assentiment bien empressé. Le cas contraire, absolument contraire, pourra se présenter. Je parle ici en pleine connaissance de cause. Plusieurs fois, en pareille circonstance, je me suis heurté à des contradictions énergiques, à des improbations absolues. Les aliénistes surtout — que mes très-honorés confrères veuillent bien me pardonner cette légère critique — se montrent intraitables sur le chapitre des folies syphilitiques auxquelles ils croient peu, parlons net, auxquelles ils ne croient pas du tout, au moins pour la plupart ; et, partant, ils ne se prêtent pas ou ne se prêtent qu'avec une répugnance mal dissimulée au traitement antisyphilitique des troubles cérébraux en question ici, que d'autres au contraire s'efforcent de rattacher à la syphilis et de combattre par une médication appropriée. Je connais leurs objections, leur incrédulité à ce sujet ; j'ai subi le feu de leurs railleries — d'ailleurs fort amicales, j'aurais mauvaise grâce à l'oublier. — A les en croire, « les syphiliographes, et moi plus particulièrement encore, nous ne verrions partout que la vérole ; dans notre système, il faudrait soigner tous les fous par le mercure ou l'iodure, et les asiles d'aliénés ne deviendraient bientôt plus que des succursales du Midi et de Saint-Louis, etc. ».

A cela, je crois pouvoir répondre et, vous répondrez avec moi, Messieurs, je l'espère :

Que la folie syphilitique, que les troubles psychiques de la syphilis ne sont plus à démontrer aujourd'hui ; ne

les voient pas ceux-là seulement qui ne veulent pas les voir ; — que l'aliénation n'est pas une arche sainte, inaccessible au contact de la vérole, bien loin de là ; — qu'il serait, certes, parfaitement ridicule de prescrire le mercure ou l'iodure indistinctement, de parti pris, à tous les aliénés ; mais qu'en revanche il serait non moins étrange, non moins abusif dans un sens opposé, de priver du mercure ou de l'iodure ceux des aliénés que les remèdes de ce genre pourraient guérir (1).

(1) Comme exemple, lire une observation de Zambaco (ouvrage cité, page 525), observation très-curieuse et très-instructive en l'espèce, se résumant en ceci, relativement à la discussion actuelle :

X..., âgé de 31 ans. — Syphilis en février 1857 : chancre, avec bubon non suppuré; dans les mois suivants, plaques muqueuses gutturales, éruption du cuir chevelu, alopécie, adénopathie cervicale, etc. — Plus tard, insomnie opiniâtre, étourdissements, amaigrissement. — L'année suivante, céphalée intense, à exacerbations nocturnes; ulcérations à la verge. — Récidive des douleurs de tête. Un traitement spécifique prescrit à cette époque produit une atténuation « considérable » de ces douleurs; malheureusement il n'est continué que cinq semaines environ. — En 1859, nouveaux accès de céphalée qui deviennent atroces comme intensité de douleurs, à ce point qu'une nuit le malade essaie de se tuer. Depuis lors, chaque accès s'accompagne d'une perte de la raison et de divagation absolue. On est forcé de placer le malade dans une maison d'aliénés.—Là, mêmes phénomènes. Accès de violence : « une nuit, dans une de ces crises de cruelle céphalée, le malade se précipita sur son gardien et faillit le tuer ». Néanmoins, « bien que X... eût obtenu de si bons résultats du traitement spécifique, malgré les antécédents éloquemment syphilitiques du malade, *on n'eut pas la pensée de revenir aux mercuriaux non plus qu'à l'iodure de potassium !* Ce n'est que plus tard que X... fut de nouveau soumis aux antisyphilitiques, *grâce au conseil d'un ami...* Deux mois de ce traitement suffirent pour dissiper les maux de tête et pour faire revenir la raison. » Etc., etc.

D'autres cas du même genre pourraient être cités. Mais le précédent suffira, je pense, à condamner l'aveuglement de certains médecins qui se refusent à croire que la syphilis puisse déterminer des troubles psychiques semblables à ceux de l'aliénation, et qui, forts de cette conviction, omettent ou négligent le *seul* traitement capable d'être utile en certains cas.

Au surplus, laissons ces querelles inutiles ou, pour mieux dire, ces divergences, bien naturelles d'ailleurs entre hommes ayant leurs champs d'études sur des théâtres si différents, si éloignés ; et terminons en disant simplement ceci, comme conclusion dernière :

Les succès du traitement antisyphilitique dans certains cas de troubles intellectuels d'origine syphilitique sont aujourd'hui incontestables, sont désormais acquis à la science. De là pour nous des exemples à suivre ; de là des indications formelles à observer.

VI

Nous venons d'assister à la naissance et au développement des troubles intellectuels de la syphilis cérébrale. Ultérieurement, que deviennent ces troubles, une fois établis et confirmés de la sorte ? C'est là ce que nous aurons à préciser bientôt avec détail.

Sans anticiper sur ce qui doit suivre, je puis néanmoins vous dire d'un seul mot dès à présent que, non traités ou réfractaires au traitement, les divers phénomènes en question ne feront plus au delà que persister en s'aggravant, suivre une marche progressive, se compliquer de divers accidents, notamment de symptômes paralytiques, et aboutir enfin, comme étape ultime presque invariable, à la *démence*.

Cette évolution est toujours assez lente. Elle exige au minimum plusieurs mois pour se compléter, et, plus habituellement même, une, deux, trois années. Mais là n'est pas la question pour l'instant. Un autre point doit

attirer notre attention comme complément à ce qui précède, et trouve sa place naturelle ici.

Il n'est pas impossible qu'au lieu de se prolonger un certain temps, comme nous venons de le dire, les troubles délirants de la syphilis cérébrale fassent leur terminaison à brève échéance, en aboutissant à la mort d'une façon à coup sûr très-imprévue. C'est là un fait rare assurément, et plus que rare, exceptionnel ; mais enfin c'est là un fait qui peut se produire et sur lequel en conséquence il est essentiel d'être bien édifié.

Je le répète, une terminaison de ce genre contraste d'une façon absolue avec ce qu'on a l'habitude d'observer journellement. Ainsi les phénomènes d'excitation de la syphilis, quelque intensité d'ailleurs qu'ils revêtent, ne menacent pas généralement la vie d'une façon immédiate ou prochaine. Presque invariablement ils évoluent avec une certaine lenteur, et ce n'est guère qu'après un délai minimum de plusieurs mois qu'ils arrivent, combinés avec d'autres symptômes, à constituer un ensemble morbide véritablement sérieux au point de vue de l'existence. Telle est la règle, sans contradiction possible. Or cette règle n'est pas sans souffrir quelques exceptions.

Les exceptions dont il s'agit nous présentent une évolution toute différente et surtout bien autrement précipitée. En certains cas, on a vu des malades, affectés de troubles délirants à une époque jeune encore de la syphilis cérébrale, succomber très-rapidement, succomber *dans l'espace de quelques semaines*, en dehors de toute prévision. Plusieurs faits de ce genre existent déjà dans la science, mais n'ont pas encore été suffisamment re-

marqués. J'en ai, pour ma part, observé deux semblables. Ainsi, sur un jeune homme que je traitais l'année dernière, j'ai assisté à l'évolution d'accidents que voici : d'abord, quelques crises épileptiques; — affaiblissement de l'intelligence; troubles passagers de la parole ; — puis, soudainement, au cours d'une rémission apparente de la maladie, explosion inopinée d'un véritable accès maniaque : incohérence de propos et d'actions, extravagances de tout genre, agitation, loquacité, colères sans propos, violences, insomnie ; — et, après trois semaines de cet état, crise comateuse, suivie de mort dans l'espace de quelques heures.

Inutile de dire si la possibilité — bien démontrée actuellement — de terminaisons aussi rapidement funestes nous impose le devoir de surveiller avec une attention particulière les troubles psychiques de la syphilis cérébrale et de les combattre avec la dernière énergie.

Inutile de dire également quel appoint les faits de ce genre viennent ajouter aux considérations que je vous présentais il y a quelques instants sur l'urgence d'une décision rapide et l'opportunité de la médication antidiathésique dans tous les cas de vésanie où la syphilis figure comme antécédent, dans tous les cas où elle peut être soupçonnée de servir d'origine à de tels accidents.

TREIZIÈME LEÇON

V. — FORME MENTALE

(SUITE ET FIN)

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE D'ORIGINE SYPHILITIQUE.

I. La paralysie générale peut-elle être une conséquence de la syphilis? — Opinions diverses et contradictoires émises à ce sujet.

II. Examen des faits donnés comme exemples de paralysies générales syphilitiques. — Deux groupes absolument distincts :

1° *Paralysies générales survenues chez des sujets syphilitiques.* — Interprétation des faits de ce genre. — Il est avéré que la syphilis peut aboutir à la paralysie générale, mais elle n'y aboutit pas d'une façon qui soit assez commune pour attester un rapport de causalité. — En dehors de son action spécifique, la syphilis peut-elle servir de cause à la paralysie générale en tant qu'influence perturbatrice vulgaire?

2° *Pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique.* — La syphilis réalise assez fréquemment un ensemble pathologique plus ou moins analogue à celui de la paralysie générale. — Exemple clinique. — D'autre part, analogie de lésions non moins frappante entre la paralysie générale et certains cas de syphilis cérébrale. — De ces analogies, faut-il conclure à l'identité des types morbides?

III. *Parallèle clinique* entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale de la syphilis. — Différences multiples. — Différences relatives aux troubles de l'intelligence. — Absence du délire ambitieux chez les syphilitiques, etc. — Différences relatives aux troubles de motilité. — Tremblement. — Troubles d'ordre paralytique. — Fréquence des troubles de ce genre (paralysies partielles, hémiplégie, etc.) dans la syphilis cérébrale; absence de phénomènes semblables dans la paralysie générale. — Différences relatives au

mode de début, d'évolution, de durée. — Différences relatives à l'état général des malades. — Enfin, différences au point de vue de la curabilité.

Parallèle anatomique. — Localisations semblables de lésions, mais prédominance de ces lésions vers la substance grise dans la paralysie générale, et vers les méninges (sclérose méningée) dans la syphilis cérébrale.

IV. Conclusions. — La paralysie générale syphilitique n'est que l'analogue, comme symptômes et comme lésions, de la paralysie générale vulgaire; *elle ne lui est pas identique.* — Dénomination proposée de *pseudo*-paralysie générale spécifique.

Messieurs,

C'est à dessein que j'ai laissé de côté jusqu'à présent, pour vous en parler avec tout le soin, tous les détails qu'elle comporte, une question des plus graves et des plus controversées, celle de la paralysie générale d'origine syphilitique.

La paralysie générale peut-elle être, oui ou non, une conséquence de la syphilis? Existe-t-il, oui ou non, une paralysie générale qui puisse être étiologiquement rattachée à la syphilis ? Tel est le problème que je me propose de discuter aujourd'hui devant vous.

I

Si vous consultez sur ce point l'état actuel de la science, vous n'y trouvez, au milieu d'opinions diverses et contradictoires, qu'obscurités et confusion.

Ainsi — commençons par le dire — pour la plupart des pathologistes la question que nous allons débattre

n'existe même pas. Elle ne se pose même pas pour eux, tant ils sont éloignés de croire, de soupçonner qu'un rapport quelconque puisse exister entre la syphilis et la paralysie générale. De cela voulez-vous la preuve? Parcourez les traités généraux ou spéciaux, voire bon nombre de monographies dues à de savants aliénistes, et voyez comment y figure la syphilis au chapitre de l'étiologie. Tantôt il n'en est même pas question ; tantôt, cela est vrai, elle se trouve signalée comme cause possible de paralysie générale, mais signalée comment? D'un mot, vaguement, et comme à regret. L'auteur ne fait que la mentionner en passant, à l'écart, et simplement pour se tenir en garde contre le reproche — éventuellement possible à la rigueur — d'une omission. Pour qui sait lire entre les lignes, cela veut dire qu'il ne croit pas ou qu'il ne croit guère à cette cause, et qu'il en parle uniquement par pur acquit de conscience.

Du reste, causez entre médecins de cette paralysie générale de provenance syphilitique et vous rencontrerez à son égard, je vous l'affirme en connaissance de cause, une défiance presque universelle. Très-peu de nos confrères se prêtent à l'idée de faire dériver jamais la folie paralytique de la vérole et de la lui rattacher comme symptôme.

A cette manière de voir opposons tout aussitôt une opinion diamétralement inverse. Quelques auteurs (peu nombreux, il est vrai) ont avancé que la paralysie générale reconnaît la syphilis comme origine dans la grande majorité des cas. A les en croire, la syphilis figurerait comme cause principale,

essentielle, dans la pathogénie de cette dernière affection (1).

Enfin une opinion moyenne, si je puis ainsi dire, plus modérée et plus sage (à mon gré tout au moins), a été présentée et défendue par un praticien d'un grand talent, M. le Dr Coffin. D'après ce distingué confrère, la syphilis serait la cause la plus fréquente d'un *certain ordre* de paralysies générales, de celles qu'il appelle *précoces*, c'est-à-dire de celles qui font leur apparition dans la jeunesse, entre 25 et 35 ans. Cette opinion du Dr Coffin repose sur un grand nombre d'observations très-soigneusement recueillies et étayées pour quelques-unes de l'autorité de MM. Blanche et Magnan (2).

Comme vous pouvez en juger par ce rapide aperçu, nous voici donc aux prises, Messieurs, avec une question des plus controversées, avec un véritable conflit de doctrines adverses. Aurons-nous moyen de nous tirer de cette passe périlleuse et de dégager la vérité au milieu des difficultés multiples de ce grave et important sujet ? Peut-être oui, si nous envisageons les faits cliniques comme ils méritent de l'être, c'est-à-dire sans

(1) « Dernièrement on a émis l'idée que *tous* les cas de paralysie générale des aliénés doivent être attribués à la syphilis. C'est là une hypothèse très-invraisemblable, mais qui, peut-être, a cela de bon qu'elle a appelé dans ces derniers temps l'attention des médecins sur cette circonstance étiologique importante dont on ne tenait peut-être pas assez compte jadis. » (V. Griesinger, trad. de Doumic, Paris, 1873, p. 229.)

(2) Comptes rendus des travaux de la Société des Ve et XIIIe arrondissements de Paris, 1868. — Communication orale.

parti pris, sans idées préconçues, sans préférence anticipée pour telle doctrine plutôt que pour telle autre. Essayons de procéder ainsi.

II

Si l'on analyse attentivement les faits qui ont été donnés comme exemples de paralysies générales *syphilitiques*, on arrive bientôt et facilement à se convaincre qu'ils se distribuent d'une façon toute naturelle en deux groupes, en deux séries.

Les uns sont évidemment relatifs à des paralysies générales *vraies*, incontestables, ayant présenté les symptômes les plus classiques de cette terrible maladie, en ayant présenté l'évolution usuelle, voire les lésions caractéristiques. Ce sont là bel et bien, au-dessus de toute controverse possible, des exemples de *paralysies générales survenues chez des sujets syphilitiques* (1).

Un second groupe comprend des cas d'un autre genre, offrant bien encore la plupart des attributs de la paralysie générale, mais différant de cette dernière par des traits nombreux et variés. Les faits de ce genre — cela est indéniable — ressemblent par certains côtés à la paralysie générale, jusqu'à s'en rapprocher parfois d'une façon surprenante; et cependant ils s'en éloignent, s'en séparent, s'en différencient par d'autres

(1) V. *The Morisonian Lectures on insanity*, par David Skae et T. S. Clouston (*The Journal of mental science*, avril 1875, p. 4). — Je partage absolument l'opinion des médecins précités, interprétant dans le sens que je viens de dire les cas relatés par Meyer, Westphal, Oedmansson, Griesinger, etc.

caractères, au point qu'il est impossible de les confondre avec elle, de les assimiler à cette dernière entité pathologique.

Ces deux catégories de faits demandent à être examinées et discutées séparément. Un mot d'abord sur la première.

I. — Il est certain qu'on a observé des paralysies générales sur des sujets syphilitiques. Personne n'y contredit. Les dissidences et les controverses commencent seulement alors qu'il s'agit d'interpréter de tels faits et d'en établir la pathogénie.

Pour les uns, ce seraient là purement et simplement des paralysies générales ordinaires, accidentellement survenues chez des sujets syphilitiques. La syphilis n'y figurerait que comme coïncidence éventuelle et non à titre étiologique ; elle ne serait pour rien dans le développement des phénomènes cérébraux.

Pour d'autres, au contraire, la vérole aurait ici une influence pathogénique ; ce serait elle qui aurait déterminé *de son fait*, par son action propre, la production des accidents de méningo-encéphalite (1).

Le problème se trouvant posé dans ces termes, il semblerait que la solution dût s'en trouver dans une question de chiffres. Et, en effet, de deux choses l'une :

(1) V. Essmarch et Jessen, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 1857.
Kjelberg, *la Paralysie progressive des aliénés et de la syphilis*, *Vierteljahrschr. für Psychiatrie*. 1868.
Jespersen, *Syphilis cause de paralysie progressive*, Copenhague, 1874. — *Analyse dans la Revue des sciences médicales de Hayem*, t. VI, 1875.
Huguenin (Société des médecins de Zurich, 1875. — *Analyse dans la Revue de Hayem*, t. VII, p. 243); etc., etc.

Ou bien la paralysie générale se produit chez les syphilitiques avec une fréquence marquée ; et le seul fait de cette fréquence témoigne d'une relation nécessaire entre ces deux facteurs, syphilis et paralysie générale ;

Ou bien la paralysie générale ne s'observe que rarement, exceptionnellement, dans la syphilis ; et alors il n'est plus de lien, de rapport pathogénique à établir entre ces deux états morbides ; la pure coïncidence de hasard reprend tous ses droits.

Or, dans l'espèce, Messieurs, la question de chiffres ne résout rien, et voici pourquoi :

C'est que, si la paralysie générale s'observe bien chez les syphilitiques, elle ne s'y observe que quelquefois, *quelquefois* seulement, c'est-à-dire, au total, trop peu souvent pour qu'on soit autorisé à la considérer comme un résultat, un effet manifeste de la vérole. Il est avéré que la syphilis aboutit parfois à la paralysie générale ; mais c'est tout. Elle n'y aboutit pas d'une façon qui soit assez habituelle pour devenir significative, pour attester *par évidence numérique* un rapport de causalité.

Donc le problème reste sans solution. Et tout ce qu'il nous est permis de dire à ce propos, dans l'état actuel de nos connaissances, se réduit à ceci :

1° Rationnellement, il est très-acceptable que la syphilis puisse avoir une part étiologique dans la production de la paralysie générale. Une diathèse en effet qui, comme la syphilis, influence aussi énergiquement et aussi profondément l'ensemble de l'organisme, une diathèse susceptible comme elle de troubler, de boule-

verser le système nerveux, est certes bien faite pour prendre rang au nombre des causes capables de déterminer la paralysie générale.

Notez d'ailleurs que, dans cette manière de voir, la syphilis n'agirait pas comme cause spécifique, mais simplement comme influence perturbatrice *vulgaire*, c'est-à-dire au même titre que tant d'autres influences banales, inscrites à l'étiologie de la folie paralytique et acceptées sans discussion. De même que nous la voyons parfois déterminer la phthisie pulmonaire par l'action dépressive, anémiante, débilitante, qu'elle exerce sur l'économie, de même ici elle favoriserait ou déterminerait l'affection cérébrale par l'intermédiaire des troubles qu'elle est susceptible d'importer dans le système nerveux.

2° Mais, si ce mode d'action de la diathèse est admissible théoriquement, il ne constitue encore qu'une hypothèse, qu'une conception *à priori*, dont la démonstration clinique reste à établir sur des faits nouveaux.

Tel est exactement l'état des choses.

Au surplus, ce n'est là, Messieurs, que le petit côté de la grave question que nous avons à débattre. Venons à un second point, bien autrement important et pratique.

II. — Je vous ai dit qu'on observe dans la syphilis un certain nombre d'états qui se rapprochent singulièrement, comme ensemble symptomatologique, de la paralysie générale, et qu'on serait tenté au premier abord de rapporter à cette dernière maladie. Mais je vous ai dit aussi que ces états, à une analyse attentive, se diffé-

renciaient, se séparaient de la paralysie générale par des caractères importants, qui ne permettent pas une assimilation, une confusion de ce genre. Ce sont les cas de cet ordre, voisins, mais différents de la folie paralytique vulgaire, que j'ai essayé de qualifier le plus simplement possible sous une dénomination nouvelle, celle de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*. Et c'est d'eux qu'il me reste à vous parler actuellement.

Vous connaissez tous, Messieurs, la paralysie générale commune. Inutile donc de vous en tracer ici le tableau. Je vous rappellerai simplement qu'elle se compose : 1° comme phénomènes essentiels et de premier rang, de *troubles intellectuels* et de *troubles moteurs*, les uns et les autres de notion trop vulgaire pour que j'aie à en faire la description ; — 2° comme phénomènes de seconde ligne, de symptômes variés, tels que vertiges, céphalalgie, ictus congestifs, accès épileptiques, accès maniaques, troubles sensoriels, etc.

Or, cet *ensemble* morbide, la syphilis le réalise quelquefois pour son compte et de son fait. Sans doute, ainsi que nous le verrons dans un instant, elle ne le réalise pas trait pour trait, d'une façon absolument complète, absolument exacte, fidèle et photographique, si je puis ainsi parler. Mais elle le reproduit tout au moins d'une façon approximative, par les gros côtés, par les caractères les plus saillants, les plus apparents.

C'est ainsi qu'on rencontre parfois dans la syphilis cérébrale des types symptomatologiques plus ou moins complexes, se décomposant à l'analyse de la façon suivante :

1° D'une part, *troubles intellectuels*, sous telle ou telle des formes que je me suis appliqué à vous décrire précédemment, à savoir : excitation cérébrale simple, exaltation; — excitation incohérente; — excitation avec mélange d'hébétude ; — délire ; — délire maniaque, etc. ;

2° D'autre part, *troubles moteurs* variés, dont les plus remarquables en l'espèce consistent (comme pour la paralysie générale vulgaire) en une *incertitude des mouvements sans paralysie*, c'est-à-dire en une incertitude motrice se traduisant par la maladresse des mains, les ébranlements subits d'équilibre, les oscillations et les titubations de la marche, les hésitations de la parole, le balbutiement, etc.

Parfois encore à ces troubles de modalité toute particulière s'en ajoutent d'autres non moins importants, tels surtout que le *tremblement*, symptôme majeur en pathologie cérébrale ; — et certaines *parésies partielles*, soit éphémères, soit plus ou moins durables.

3° Joignez à cela, comme phénomènes plus variables, quelques autres symptômes empruntés aux formes diverses qu'est susceptible d'affecter la syphilis cérébrale, à savoir : troubles d'ordre congestif : lourdeurs de tête, éblouissements, étourdissements, vertiges ; — troubles sensoriels, spécialement vers la vue et l'ouïe ; — accès épileptiques ou épileptiformes ; — ictus résolutifs ou apoplectiques, etc.; — et vous aurez constitué de la sorte, par cette réunion, cette association de symptômes, un ensemble morbide qu'il est assez commun de rencontrer comme expression d'un état cérébral d'origine syphilitique. Voilà, en un mot, un des types possibles de la syphilis du cerveau.

Or, mettez maintenant cet ensemble pathologique, ce type morbide, en regard de la paralysie générale, et comparez. N'est-ce pas de part et d'autre le même ordre de phénomènes? n'est-ce pas de part et d'autre le même groupe, la même réunion de symptômes? Est-ce que ce type de syphilis cérébrale ne rappelle pas, ne reproduit pas comme aspect, comme physionomie pathologique, la paralysie générale vulgaire, celle que nous rencontrons si fréquemment dans nos hôpitaux ou dans les asiles d'aliénés?

Au surplus, pour ne laisser aucun doute dans vos esprits, laissez-moi vous placer sous les yeux un spécimen du genre. Le voici, très-fidèlement copié sur nature.

Un homme d'une quarantaine d'années, syphilitique depuis neuf à dix ans, commence par éprouver de violents accès d'épilepsie convulsive, en même temps que des exostoses multiples se manifestent sur le crâne, spécialement au niveau de la région fronto-temporale. Le bromure de potassium est d'abord administré par l'un de nos confrères, mais sans le moindre succès. Mieux inspiré, un autre médecin prescrit l'iodure, et les accidents sont aussitôt réprimés. Les exostoses disparaissent ; les crises épileptiques ne se reproduisent plus.

Se croyant guéri, le malade abandonne prématurément la médication spécifique. Il expie bientôt sa faute par l'invasion de phénomènes nouveaux, portant surtout sur les fonctions intellectuelles. Méconnus encore comme nature et soumis derechef à l'action du bromure de potassium, ces troubles ne font que s'accroître. Plu-

sieurs mois plus tard seulement, je suis appelé à examiner le malade avec deux de mes collègues, et nous le trouvons dans l'état suivant :

C'est un homme en état d'excitation incohérente et d'hébétude tout à la fois. Ainsi il ne se rend que très-imparfaitement compte du motif qui réunit plusieurs médecins autour de lui. Quand nous l'interrogeons sur sa santé, il nous répond à peine quelques mots évasifs à ce sujet, puis commence le récit d'une aventure de chasse, qu'il nous raconte avec une animation et une volubilité excessives. Nous le laissons parler. A cette première histoire en succède bientôt une autre, qui s'enchevêtre avec une troisième, laquelle en appelle une quatrième, et ainsi de suite. Chacun de ces récits a un fond de vérité, de raison, de cohérence ; mais l'incohérence et la déraison résident dans le fait même de ces narrations successives hors de propos, n'ayant aucun trait à la situation actuelle.

La parole (que cette loquacité exubérante ne permet d'étudier que trop facilement) est libre et claire, mais brève, saccadée, heurtée, entrecoupée de temps à autre (comme dans la paralysie générale) d'hésitations, de balbutiements, d'arrêts sur un mot ou sur une syllabe.

L'attitude n'est pas moins étrange ni moins caractéristique. Ainsi, pendant qu'il nous parle, le malade, évidemment dominé par un besoin irrésistible de mouvement, change de place à toute minute. Assis d'abord entre nous, il se lève soudain pour parcourir le salon à grands pas. Il va s'étendre sur un canapé à l'extrémité de la pièce, puis se promène de nouveau, prend une chaise, la quitte bientôt pour une autre, et ne cesse

de voyager ainsi dans toute la chambre pendant la durée de notre visite.

Nous apprenons par des renseignements divers que l'intelligence s'est notablement altérée, obscurcie, abaissée, depuis quelques mois. Comme dans la paralysie générale, le début de l'affection a été particulièrement signalé par des troubles moraux : changement de caractère, d'humeur, d'habitudes ; renoncement aux occupations journalières, aux travaux comme aux plaisirs qui composaient la vie antérieure ; apathie progressive, avec accès intermittents de suractivité intellectuelle et physique. Peu à peu le malade est devenu indifférent à toutes choses : commerce, affaires, politique, arts, intérêts personnels, etc. Il ne s'est plus occupé ni de sa famille, ni de ses parents, ni de ses amis ; il témoigne même vis-à-vis des siens une antipathie et une défiance non motivées, alors qu'il accorde sa sympathie et sa confiance à des personnes étrangères ou presque inconnues. — La volonté s'est affaissée à l'égal de l'intelligence. Une docilité enfantine est la disposition prédominante, habituelle ; mais elle fait place par moments à des stades d'irritabilité excessive, à des emportements, des colères, voire des violences sans raison.

Malgré un extrême désordre de paroles et d'actions, le malade n'a pas de délire, à proprement parler ; il n'a pas surtout de conceptions délirantes spéciales et suivies. Dans les extravagances qu'il commet journellement, il est, si je puis m'exprimer ainsi, plutôt *impulsif* que délirant. Notons spécialement qu'il n'a jamais manifesté d'idées ambitieuses. Tout au plus met-il quelque emphase dans le récit de ses exploits de chasseur, mais ce n'est là, à tout prendre, qu'un symptôme bien léger.

— La mémoire s'est affaiblie notablement dans ces derniers mois ; mais, chose singulière et bien des fois remarquée déjà, elle reste vive et nette pour les faits anciens, alors qu'elle retient à peine les faits récents ou actuels. — Enfin, d'une façon générale, l'intelligence a subi une dépression telle qu'aujourd'hui le malade ne serait certainement plus capable de gérer son commerce, de s'occuper de ses affaires, ni même de se conduire, sans l'assistance de sa femme et de ses parents. Sa vie intellectuelle ne se compose plus que d'une série de réminiscences éloignées qu'il évoque à tout propos (non moins que hors de propos), dont il parle sans cesse et qu'il prodigue à tout venant.

En outre, le malade paraît avoir éprouvé dans ces derniers temps trois crises maniaques, véritablement maniaques, de courte durée, pendant lesquelles il a été en proie à une agitation excessive, avec délire, extravagances continuelles de paroles et d'actions, colères, menaces, violences, etc. On ne l'a calmé qu'en l'obligeant par force à se coucher. Alors seulement il s'est apaisé par degrés et a été pris d'un long sommeil. Puis, à la suite de chacune de ces trois crises, il est resté au lit pendant plusieurs jours, sans vouloir consentir à se lever, sans articuler un seul mot, sans prendre la moindre nourriture.

Nous analysons avec soin la motilité et constatons (comme dans la paralysie générale) l'absence de tout symptôme paralytique ; mais, de même aussi que dans la paralysie générale, nous observons certains troubles d'un genre spécial. Ainsi la main, qui serre avec beaucoup de force, est cependant maladroite dans les actes habituels de la vie, par exemple pour manger et pour

écrire (1). La marche est libre, facile, et le malade dit qu'il ferait bien encore « dix lieues par jour ». Cependant, de temps à autre, des oscillations d'équilibre, des saccades, des faux pas, témoignent de défaillances soudaines et passagères dans le système locomoteur. — Nul tremblement, il est vrai, de la langue et des lèvres; mais trépidation musculaire très-évidente dans l'avant-bras, alors que le membre est maintenu dans la situation horizontale.

Enfin quelques autres phénomènes nous sont encore fournis par un examen minutieux. Ce sont, à ne citer que les principaux : des accès assez fréquents de « lourdeur de tête » plutôt que de céphalalgie véritable; — des vertiges passagers ; — un affaiblissement marqué de la vue depuis quelques mois; — une extinction presque complète des désirs vénériens et de la puissance virile.

Du reste, santé générale excellente et intégrité absolue de toutes les fonctions. Cependant le malade, paraît-il, a quelque peu maigri dans ces derniers temps. — Appétit plus que normal, exagéré, presque vorace par instants. — Diarrhées fréquentes, par ingestion surabondante d'aliments.

(1) Des lettres du malade nous ont été montrées à une époque ultérieure. L'écriture en était parfois incorrecte, et le sens très-habituellement défectueux. On y remarquait des omissions assez fréquentes portant sur un mot ou sur un fragment de mot, quelquefois aussi des phrases tronquées et sans suite. Mais le fait le plus frappant consistait, d'une part, dans le *décousu* de la lettre qui ne semblait pas répondre à une intention nette, lucide; et, d'autre part, dans le laisser-aller, le sans-gêne du malade, prenant pour écrire tout ce qui lui tombait sous la main, une facture, un verso de prospectus, un chiffon de papier maculé, un bout de journal, etc.; « ce qui en tout autre temps, nous disait sa femme, eût été considéré par lui, homme du monde et esclave des convenances, comme une infraction des plus graves aux lois du savoir-vivre ».

Eh bien! Messieurs, que vous en semble? Ne retrouvez-vous pas dans le tableau que je viens de vous présenter la plupart, si ce n'est la presque totalité, des symptômes qui composent la scène usuelle de la paralysie générale ? Ne retrouvez-vous pas aussi et surtout un certain ensemble, une certaine association de phénomènes, qui rappelle au plus haut degré cette dernière entité morbide?

Or, je vous le répète, des cas de ce genre, des cas semblables à celui que je viens de vous relater, ne sont pas absolument rares chez nos malades, tant s'en faut. Et plus d'une fois vous rencontrerez la syphilis cérébrale sous des formes qui de la sorte, tant par le caractère de leurs manifestations que par le concours de ces manifestations, se rapprochent *cliniquement* du type pathologique dit paralysie générale des aliénés.

Il y a plus même. Ce n'est pas seulement une analogie, une ressemblance clinique qui se trouve en cause ici; c'est aussi une analogie, une ressemblance *anatomique*. Vous allez en juger.

Quelques autopsies de sujets syphilitiques, affectés comme je viens de le dire, ont été faites déjà par divers médecins et par moi. Qu'ont-elles révélé ? Exactement les mêmes localisations morbides que dans la paralysie générale. A savoir : d'une part, lésions des méninges, devenues épaisses, hyperplasiées, opaques, coriaces, etc.; — et, d'autre part, lésions de la substance grise, devenue fortement adhérente aux méninges (symphyse méningo-cérébrale), et de plus altérée à des degrés divers, infiltrée, ramollie, dissociée, dégénérée, etc.

Rien ne manque donc à l'analogie, à l'identité *apparente* de ces cas de paralysie générale syphilitique avec la paralysie générale vulgaire. Symptômes et lésions, tout concourt ou semble concourir à rapprocher, à confondre ces deux états morbides. Et ce n'est pas sans raisons valables, il nous faut le reconnaître, qu'en présence de tels faits certains auteurs ont pu dire : « Voici la syphilis aboutissant à la paralysie générale ; voici de la paralysie générale de provenance syphilitique. »

Eh bien ! non, cependant, Messieurs, ce n'est pas là « de la paralysie générale », et les faits dont je viens de vous entretenir n'ont avec cette dernière maladie qu'une identité spécieuse, fictive, bien plus apparente que réelle. Je vous ai montré comment et jusqu'à quel point ils s'en rapprochent ; laissez-moi vous dire maintenant comment et en quoi ils en diffèrent.

III

Sans doute, dans les deux états morbides qui nous occupent, les titres, les étiquettes des symptômes et des lésions sont bien les mêmes de part et d'autre. Mais il n'y a identité que dans les titres, les qualificatifs, de généralité trop compréhensive pour ne pas embrasser sous le même terme des états morbides ou anatomiques plus ou moins différents. Allons plus avant, allons au fond des choses ; analysons, scrutons les faits en détail, et nous allons reconnaître des différences importantes, majeures, ne permettant pas d'assimiler à la paralysie générale vulgaire la pseudo-paralysie générale de la vérole.

C'est ce dont vous laissera convaincus, je l'espère, la discussion qui va suivre.

I. — D'abord, les troubles intellectuels qu'on observe chez nos syphilitiques ne sont pas — tant s'en faut — la reproduction exacte de ceux qui se produisent dans la paralysie générale.

Nos syphilitiques en question ici sont bien des malades en état d'excitation cérébrale, d'excitation avec hébétude, de délire, voire passagèrement de délire maniaque. Ils sont bien, suivant les formes de leur état intellectuel, exaltés, extravagants, incohérents, ou bien déprimés, abrutis, presque idiots. Mais, au total, ils ne sont que cela, et ils n'offrent pas de troubles délirants particuliers, spéciaux, comme dans la paralysie générale.

Or tout autre est la modalité des troubles intellectuels dans la paralysie générale, modalité tout à fait caractéristique sous les diverses formes qu'ils peuvent affecter. Ce qu'on observe, en effet, dans cette dernière maladie, à ne prendre que les types les plus communs, les plus usuels, est ceci : au début, tout d'abord, un délire expansif ou lypémaniaque, très-bien défini et spécifié par M. Lasègue dans un travail magistral que vous connaissez tous ; puis, plus tard, un délire plus spécial encore, délire de grandeur, de vanité ou d'ambition satisfaite (*mégalomanie*). Il suffit d'avoir observé de tels troubles psychiques un certain nombre de fois pour conserver en souvenir leur physionomie propre, leur allure particulière, tant elle est frappante et caractéristique. Quoi de plus spécial, en effet, que l'état mental de ces malades si *satisfaits* d'eux-mêmes, si satisfaits de leur santé, de leur personne, de leur fortune, de leurs

talents ? Quoi de plus spécial que les conceptions bizarres de ces « fous heureux », comme on les a appelés, qui se croient les favoris du sort, qui se disent grands artistes, grands seigneurs, princes, présidents, rois, prophètes, etc., qui nagent dans les richesses, qui sont sans cesse occupés de projets gigantesques, « celui-ci allant changer la surface de la terre, créer des hommes de trente coudées de haut, construire une ville en or ; celui-là se préparant à donner un banquet à l'univers sur une table de mille lieues de long ; tel autre devant peindre un tableau sur une toile qui ira de Paris à Fontainebleau ; tel autre encore appelé à guérir tous les malades et même à ressusciter les morts, etc. »

Trouvons-nous dans la syphilis quelque chose de semblable ? Certes, non. Il est tout à fait exceptionnel que nous ayons à noter chez nos malades ce délire spécial de vanité ou de grandeur (1). Tout au plus,

(1) Certains cas d'aberration intellectuelle peuvent donner le change et en imposer pour des manifestations de délire ambitieux. C'est ce dont j'ai eu la preuve récemment sur l'un de mes malades, et le cas mérite, je crois, d'être cité.

Le malade en question, affecté d'une de ces pseudo-paralysies générales d'ordre spécifique que je décris actuellement, passait plusieurs heures chaque jour et souvent des journées entières à établir le bilan de sa fortune. Et toujours ses calculs aboutissaient à des chiffres formidables, n'ayant plus de nom en arithmétique vulgaire. Qu'on en juge par le spécimen suivant :

2 2 7 8 0 7 2 2 8 8 1 8 2 3
1 8 4 1 4 6 2 1 4 6 2 8 1 7 0
9 9 9
2 5 0
7 1 8 4 0 9 2 3 2 2 1 6 1 4 1 2 7 4 1 0
2 2 4 4 0 6 6 1 0 0 9 9
7 1 2 7 5 3 1 6 2 2 1 8 1 3 2 4 2 2 1 9 1 5 7 5 2

Etc., etc...

A première vue, il eût été difficile de ne pas considérer un *factum*

pour ma part, en ai-je rencontré deux ou trois qui parlaient avec quelque emphase de leur état de santé, de leur vigueur, de leur fortune, de leurs exploits de chasse, etc. En tout cas, les conceptions vaniteuses de nos syphilitiques, alors même qu'elles méritent d'être qualifiées de la sorte, sont bien humbles, bien modestes, bien timides et bien fugaces aussi, relativement à celles

de ce genre comme le produit d'un délire vaniteux, d'un délire *mégalomaniaque*. Telle fut, en effet, mon opinion tout d'abord. Eh bien! je me trompais, et j'en eus la preuve plus tard.

D'abord le malade (ce qui m'avait frappé) ne tirait aucune vanité de ces sommes colossales qui semblaient composer l'état de sa fortune. De plus, en discutant avec lui la signification de ces chiffres, je parvins — non sans peine, il est vrai — à découvrir ceci : c'est que lesdits chiffres ne représentaient pas pour lui la valeur qu'ils représentaient réellement, arithmétiquement. Ainsi, par une aberration qu'expliquait suffisamment le trouble de ses facultés intellectuelles, le malade mettait bout à bout diverses sommes qu'il aurait dû superposer. Exemple : la première colonne de ses comptes se décomposait de la façon suivante : les cinq premiers chiffres (22780) correspondaient au revenu d'une petite ferme (227 fr. 80 cent.); — les trois suivants représentaient l'intérêt d'un placement sur hypothèque (722 francs); — les quatre suivants, une somme prêtée à un ami ; — et ainsi de suite, à part certains chiffres dont le malade ne pouvait fournir explication. — Rien de tout cela, au total, n'était imaginaire, ni surfait. Seule, la disposition donnée à ces divers chiffres était absolument défectueuse. Elle semblait témoigner d'un délire spécial, de forme ambitieuse; elle n'était en réalité que le résultat d'une incapacité intellectuelle pure et simple.

Autre point, non moins significatif en l'espèce. Le malade dont je viens de parler se prêtait à la discussion de ses chiffres et *admettait la rectification* de ses erreurs. Jamais l'on n'eût obtenu pareille chose d'un paralytique général. Un paralytique général *vrai* n'eût accepté ni la controverse ni le redressement; il se fût dérobé à l'examen, il eût affirmé ses richesses colossales, sans même prendre souci de répondre aux objections.

Tant il est vrai que plus on pénètre intimement dans l'analyse des deux ordres de situations intellectuelles dont le parallèle nous occupe actuellement, plus on découvre de différences, de dissemblances, qui les constituent l'une et l'autre à l'état de types pathologiques essentiellement distincts.

des fous paralytiques. Et d'ailleurs, — pour le répéter encore, — sinon toujours, au moins presque toujours, le délire de la syphilis est absolument exempt des divagations ambitieuses propres au délire de la paralysie générale (1).

Donc, voilà déjà un premier point qui établit une différence essentielle entre les deux états morbides que nous comparons.

II. — Venons aux troubles de motilité. Ici encore nous allons avoir à relever des différences aussi multiples qu'importantes.

Un mot d'abord sur le *tremblement*. Sans doute on observe parfois chez nos syphilitiques des phénomènes de tremblement, vers les mains surtout, vers les membres, quelquefois aussi vers la langue. Mais ce ne sont là, en premier lieu, que des symptômes peu communs, incomparablement moins communs que dans la paralysie générale. Ainsi le tremblement de la langue est très-rare dans la syphilis ; et pour celui de la lèvre supérieure (si fréquent, si spécial chez les fous paralytiques), il y fait presque invariablement défaut ; je déclare ne l'avoir jamais observé pour ma part. Puis, quand on vient aux détails, que de différences de part et d'autre comme intensité, comme durée, comme physionomie générale de symptômes ! Le tremblement syphilitique est celui qu'on observe dans nombre d'affections cérébrales de tout genre ; c'est un tremblement banal, vulgaire. Il n'est

(1) Le Dr Wille, dont chacun connaît les remarquables travaux, a insisté de même pour signaler chez les syphilitiques l'absence habituelle du délire ambitieux.

en rien comparable, assimilable, à cette trémulence assidue, à ce frémissement fibrillaire, vermiculaire, éminemment caractéristique, qu'on remarque d'une façon si commune aux lèvres et à la langue des paralytiques généraux.

« Affaire de degré, dira-t-on peut-être; simple différence du plus au moins. » — Non pas, répondrai-je; différence au contraire très-réelle et très-accentuée, malaisée à décrire assurément, mais s'accusant plus en fait que dans les mots; différence en tout cas très-formelle cliniquement, et plus que suffisante pour frapper un médecin, pour l'empêcher de confondre des choses très-dissemblables.

Second point. — La syphilis cérébrale est éminemment féconde en troubles moteurs d'ordre *paralytique*. Ces troubles consistent soit en des paralysies vraies (hémiplégie, monoplégies, hémiplégie faciale, paralysies oculaires, etc.), soit en des parésies, mais en des parésies non moins véritables, caractérisées par une diminution à des degrés variables de la puissance musculaire. Dans un cas comme dans l'autre, toujours il y a faiblesse du mouvement, toujours atteinte franche portée à la puissance motrice.

Tout autres, inversement, sont les troubles moteurs dans la folie paralytique. Ici, *pas de paralysies vraies*. Et la preuve, c'est que les malades vont et viennent, marchent, courent, jouissent en un mot de la liberté pleine et entière de leurs mouvements, du moins jusqu'à une certaine période. S'ils n'ont, cependant, que peu de solidité réelle, si leur démarche est parfois hésitante, oscillante, trémulente, accidentée d'ébranlements et même de

chutes, ce n'est pas qu'ils soient paralytiques, comme on pourrait le croire; c'est qu'avec la conservation de leurs forces ils ont une direction vicieuse, défectueuse, de leur puissance musculaire.

Écoutez, par exemple, ce qu'en dit M. Marcé, de si regrettable mémoire : « Dans leurs moments d'agitation, on voit ces paralytiques déployer une force considérable, briser des obstacles solides et exiger la présence de plusieurs gardiens pour les contenir..... Donc la paralysie dont ils sont frappés *ne ressemble à aucune autre*. Cette paralysie n'est qu'un défaut de coordination, un défaut de précision, bien différent de l'abolition de la puissance musculaire (1). »

Ne quittons pas ce qui a trait à la motilité sans signaler encore quelques autres différences méritant bien d'être relevées. Ainsi :

1° Dans la syphilis cérébrale, excessive fréquence des *paralysies partielles*, affectant avec une prédilection marquée certaines localisations spéciales dont nous allons bientôt parler. Rien de plus commun, par exemple, que les paralysies oculaires, portant sur la sixième et plus souvent encore sur la troisième paire. Il est même vulgaire (et vous savez quel intérêt diagnostique se rattache à cette particularité) que la syphilis cérébrale soit inaugurée à son début, avant tout autre phénomène, par telle ou telle de ces paralysies partielles, comme un strabisme, un ptosis, une hémiplégie faciale, etc.

(1) *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1862. — Voir de même *The Morisonian Lectures on insanity*, par David Skae et T. S. Clouston (*The Journal of mental science*, avril 1875, vol. XXI, p. 3).

Rien de semblable avec la paralysie générale.

2° Dans la syphilis cérébrale, fréquence notable de l'*hémiplégie*, laquelle tantôt apparaît d'une façon passagère dans les premiers temps de l'affection, à la suite d'attaques épileptiques ou d'ictus apoplectiformes, et tantôt succède à divers accidents d'autre forme pour rester permanente, définitive. N'oublions pas aussi que, dans un certain nombre de cas, l'hémiplégie est un des premiers phénomènes par lesquels s'accuse la syphilis du cerveau.

Au contraire, dans la paralysie générale, rareté excessive de l'hémiplégie.

III. — Enfin, Messieurs, si nous voulions poursuivre et compléter ce parallèle, que de différences ne verrions-nous pas se dégager encore d'une étude plus approfondie ! Exemples :

1° Différence dans le *mode de début*, l'*évolution*, la *durée*.

Pour la syphilis, début fréquent par des ictus apoplectiques et des paralysies soudaines, attestant une lésion cérébrale *localisée;* puis, plus tard seulement, invasion de troubles intellectuels. — Pour la paralysie générale, au contraire, troubles intellectuels et moraux ouvrant la scène et préludant aux symptômes de désorganisation cérébrale.

Avec la paralysie générale, cours morbide défini ; — évolution progressive, souvent assez régulière pour avoir pu être distribuée en trois périodes ; — durée assez fixe, ou du moins ne variant que dans des limites assez restreintes.

Inversement, dans la syphilis cérébrale, pas d'évo-

lution définie, méthodique ; irrégularité de marche ; — variabilité excessive de manifestations et d'incidents ; — variabilité égale comme succession de phénomènes ; — et enfin, durée impossible à déterminer, même d'une façon simplement approximative.

2° Différences non moins remarquables relativement à l'*état général* des malades.

Avec la paralysie générale, conservation de la santé physique ; intégrité surprenante des fonctions nutritives jusqu'à la troisième période ; — état général satisfaisant, souvent parfait ; — appétit intact, souvent même vorace, jusqu'à la gloutonnerie ; — digestions régulières ; — embonpoint, etc.

Dans la syphilis cérébrale au contraire (sinon toujours, au moins pour bon nombre de cas), altération de l'état général, atteinte plus ou moins sérieuse portée à la santé, et cela même quelquefois dès l'invasion de la diathèse dans le cerveau. — Décoloration des téguments, pâleur et teinte terreuse du visage ; — amaigrissement plus ou moins notable ; — modification rapide de l'habitus extérieur, de la physionomie, et modification assez frappante pour que certains auteurs anglais l'aient considérée comme spéciale et décrite comme un type particulier sous le nom de « *syphilitic appearance* ». — En certains cas même, cachexie progressive (le terme n'a rien d'exagéré), s'annonçant dès le début par les phénomènes d'une anémie et d'une dénutrition intenses, particulièrement rebelles, puis ne faisant que s'accentuer davantage, s'exagérer au delà.

3° Enfin, différence capitale comme *degré de curabilité*.

Inutile de dire ce à quoi aboutit comme terminai-

son la paralysie générale, maladie absolument, essentiellement incurable.

Avec la syphilis cérébrale, au contraire, guérison non pas fréquente assurément, non pas habituelle, mais possible, quelque forme d'ailleurs qu'affecte la maladie. Déjà plusieurs observations existent dans la science, attestant que des malades atteints de paralysie générale syphilitique ont pu guérir, guérir contre toute prévision, contre toute attente. Je ne vous donne pas certes le cas comme usuel ou commun; bien loin de là ! Mais enfin — et cela seul est en cause actuellement — la guérison n'est pas rigoureusement impossible. D'ailleurs un autre mode de terminaison bien autrement commun est celui qui, laissant la vie indemne, ne fait qu'intéresser les fonctions d'intelligence. Si regrettable que soit un tel dénouement, il n'est pas moins différent de celui qui clôt la scène de la paralysie générale, puisque du moins il n'est pas incompatible avec la prolongation de l'existence.

Du parallèle des symptômes, passons à celui des lésions. Ici encore des différences essentielles vont surgir entre les deux états morbides.

Sans doute, de part et d'autre, les localisations anatomiques sont semblables. Il est irrécusable qu'ici et là ce sont les méninges et la substance grise corticale que nous trouvons affectées. Mais, comme nous l'avons fait pour les symptômes, examinons les choses de plus près, au lieu de nous borner à un examen superficiel, et tout aussitôt des aperçus qui nous avaient échappé se présenteront à nous.

Ainsi, dans la paralysie générale, la lésion prédomi-

nante, de l'aveu unanime, réside dans la substance grise, altérée dans une grande étendue, profondément désorganisée, infiltrée, ramollie, dissociée, etc. Les méninges aussi sont bien affectées; mais, relativement, leurs lésions sont d'importance moindre, subordonnée. Ainsi la pie-mère présente un certain degré d'injection, d'hyperémie, d'infiltration, mais rien de plus.

Dans la syphilis, au contraire, le fait majeur, prédominant, c'est l'altération des méninges; et, *relativement*, l'altération de la substance grise (bien que plus importante, nécessairement, comme conséquences) paraît bien moindre.

Cette substance, en effet, n'est jamais affectée dans la syphilis que d'une façon plus circonscrite, plus localisée, moins étendue, moins diffuse, que dans la paralysie générale. Les membranes, inversement, sont lésées d'une façon particulièrement grave. Elles sont adhérentes entre elles, et adhérentes au cerveau, de façon à constituer cette curieuse symphyse méningo-cérébrale dont je vous ai longuement entretenus dans ce qui précède. La pie-mère, notamment, se montre en nombre de cas fortement épaissie, opaque, résistante, coriace, voire parfois transformée en une membrane fibreuse, « comme albuginée, aponévrotique (1) ». Bref, ce qui domine ici comme lésion, ce qui prend le premier pas comme altération de tissus, c'est la méningite hyperplasique, la *sclérose méningée*.

(1) Voir l'observation de M. Richet, précédemment citée. — Voir aussi un fait très-curieux relaté par Huguenin (Société des médecins de Zurich, 17 avril 1875; — Analyse dans la *Revue des sciences médicales* publiée par G. Hayem, t. VII, p. 243). — Huguenin exprime formellement l'avis qu'un certain nombre de démences paralytiques doivent avoir pour origine les méningites chroniques que détermine ainsi la syphilis.

IV

Vous le voyez donc, Messieurs, à tous égards, cliniquement et anatomiquement, il est impossible d'assimiler à la paralysie générale l'état morbide qu'on a imprudemment décoré du nom de paralysie générale syphilitique.

Sans contredit, ces deux états offrent de curieuses et intéressantes analogies comme symptômes et comme lésions. Au point de vue clinique spécialement (et c'est là ce qui nous intéresse avant tout, nous praticiens), ils se rapprochent d'une étrange façon. Pouvait-il d'ailleurs en être autrement, puisqu'ils répondent à des localisations identiques dans le cerveau?

Mais, cela reconnu, à côté des analogies, des rapports, hâtons-nous, comme c'est justice, de constater les dissemblances, et disons :

La paralysie générale syphilitique n'est que l'analogue, comme symptômes et comme lésions, de la paralysie générale vulgaire; elle ne lui est pas identique. Elle ne saurait lui être assimilée, non plus même que décrite comme une de ses dépendances, de ses variétés.

Ce qui compose l'état particulier décrit sous le nom de paralysie générale syphilitique, c'est, d'une part, anatomiquement, une localisation éventuelle de la syphilis vers les membranes et les couches corticales du cerveau; — c'est, d'autre part, cliniquement, un ensemble de symptômes affectant, en raison de l'ana-

logie des lésions, une analogie véritable, incontestable, avec l'ensemble symptomatologique de la paralysie générale. Mais au delà, rien de plus ; et aucun lien plus intime ne réunit ces deux entités morbides.

Est-ce assez dire qu'une simple analogie de lésions et de symptômes ne saurait impliquer l'identité de nature, l'assimilation, la fusion nosologique de ces deux types, assurément très-dissemblables? Donc, encore une fois et comme conclusion dernière, *ce qu'on appelle la paralysie générale syphilitique n'est pas la paralysie générale vulgaire.*

Cela dit et bien entendu, que maintenant on conserve à l'état cérébral syphilitique dont il vient d'être question le nom de paralysie générale, soit! Je n'y vois nul inconvénient, pour ma part; bien mieux, j'y vois une raison, celle de ne pas créer un mot nouveau. D'ailleurs ce terme de *paralysie générale* a du bon, en ce qu'il rappelle par une dénomination connue et expressive un certain ensemble anatomique et clinique que réalise assez souvent la syphilis cérébrale, et sur lequel il n'est que juste d'attirer l'attention par un vocable spécial.

Mieux vaudrait cependant, à mon sens, apporter un léger amendement à cette qualification, en lui substituant celle de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.* Plus correcte assurément, cette dernière dénomination, que j'ai proposée depuis longtemps, réunirait, je crois, le double avantage et de respecter l'individualité propre de la véritable paralysie générale, et d'affirmer pour la syphilis (c'est là l'essentiel) la possibilité de constituer un ensemble morbide plus ou moins analogue à celui de cette dernière maladie.

QUATORZIÈME LEÇON

VI. — FORME PARALYTIQUE.

Forme tantôt primitive, tantôt et p us habituellement consécutive. — La forme paralytique est un type commun vers lequel convergent toutes les autres formes de syphilis cérébrale, à une période donnée de leur évolution naturelle.

Dans un tiers des cas, approximativement, les phénomènes paralytiques sont *primitifs*, ouvrent la scène. — En quoi consistent-ils ? — Trois types : 1° *Paralysies des nerfs crâniens* ; — 2° *Monoplégies* ; — 3° *Hémiplégie.*

I. Paralysies des nerfs craniens. — Inégalité de fréquence avec laquelle la syphilis s'attaque aux douze paires crâniennes. — Division. — Quatre groupes.

1° *Paralysies motrices de l'œil.* — Prédilection singulière de la syphilis pour les nerfs moteurs oculaires. — La paralysie de ces nerfs constitue souvent un symptôme précoce, voire tout à fait initial des encéphalopathies spécifiques. — Exemples. — Les trois paires motrices de l'œil ne sont pas affectées avec la même fréquence. — Raisons probables de ces paralysies oculaires.

Symptomatologie. — Invasion généralement insidieuse. — Développement rapide. — Cas plus rares à évolution lente. — Persistance presque constante de ces paralysies, alors qu'elles sont abandonnées à leur marche naturelle.

Quelques particularités symptomatologiques. — Ces paralysies sont souvent *incomplètes.* — Elles peuvent même rester à l'état d'ébauche comme expressions cliniques. — De plus, elles sont souvent *partielles.* — Paralysies partielles de la troisième paire ; types divers. — Mydriase constituant parfois le symptôme unique d'une paralysie de la troisième paire. — Raisons probables de cette dissociation de phénomènes. — Coexistence possible de plusieurs

paralysies oculaires sur le même sujet. — Variétés. — Paralysies associées dans un œil; paralysies associées d'un œil à l'autre.

Signification diagnostique de ces paralysies oculaires. — Quelle importance s'y rattache en pratique, alors surtout qu'elles apparaissent comme symptômes initiaux ou précoces de syphilis cérébrale.

Résumé.

Messieurs,

Des formes initiales par lesquelles s'accuse la syphilis du cerveau, la dernière dont il me reste à vous parler est la *forme paralytique*.

Inutile de dire quel ordre de phénomènes la constitue; son nom seul la caractérise suffisamment.

Comment et à quelle époque prend-elle place dans la syphilis cérébrale?

Elle est tantôt *consécutive* et tantôt *primitive*. Je m'explique.

Le plus souvent elle est consécutive à telle ou telle des diverses formes que je vous ai décrites jusqu'ici. En d'autres termes, les phénomènes qui la constituent ont le plus souvent pour préludes, pour avant-coureurs, des symptômes d'un genre différent. Cette évolution s'observe, approximativement, dans les deux tiers des cas, au moins d'après les résultats qui me sont fournis par mes statistiques personnelles.

C'est de la sorte que, dans ce qui précède, nous avons vu en maintes et maintes circonstances des symptômes d'ordre paralytique succéder aux divers accidents que nous avons étudiés jusqu'ici.

Et, en effet, *toutes les formes initiales de la syphilis encéphalique peuvent aboutir et aboutissent très-habi-*

tuellement à la forme paralytique. La paralysie est, en quelque sorte, un *type commun* vers lequel elles convergent toutes, à une période donnée de leur évolution naturelle.

Ceci est important à spécifier. Jetons donc un coup d'œil en arrière, et résumons ce qu'à ce point de vue nous ont appris nos études antérieures.

1° Tout d'abord la forme *céphalalgique*, sous ses deux variétés de céphalée diffuse ou de céphalée circonscrite, sert fréquemment, très-fréquemment, de prélude à diverses paralysies. Comme exemple des plus frappants en ce genre, laissez-moi vous citer le fait d'un malade que j'ai longuement et minutieusement observé.

C'était un médecin. Depuis longtemps il était tourmenté par des douleurs de tête violentes, fixes, à exacerbations nocturnes. Des mois s'écoulèrent sans qu'il consentît à s'en inquiéter sérieusement. Bien que souffrant de crises d'une intensité parfois excessive, il négligeait son mal, à la façon de la plupart des médecins, se contentant de répéter : « Cela me jouera un vilain tour; cela finira mal. » Cela finit mal, en effet; car survint une hémiplégie soudaine, bientôt suivie de troubles intellectuels et de divers accidents de la plus haute gravité qui emportèrent le malade en l'espace de quelques mois.

2° De même, la forme *congestive* sert très-habituellement de prodrome à la forme paralytique. Il est même bien peu de cas où, abandonnée à son évolution propre, non réprimée par un traitement énergique, elle ne détermine à échéance variable tel ou tel ordre de phénomènes paralytiques.

3° Pour la forme *épileptique*, il sera presque superflu de rappeler que, d'une part, elle s'accompagne très-souvent, à la suite de ses crises convulsives, de parésies hémiplégiques fugaces, temporaires; et que, d'autre part, elle se complique non moins communément, à une période avancée, de paralysies de divers genres, spécialement d'hémiplégie.

4° En ce qui concerne la forme *aphasique*, sa relation avec les paralysies motrices droites est un fait si banal, si vulgaire, qu'il suffit de le mentionner.

5° Enfin nous venons de voir la forme *mentale* être très-habituellement associée, tôt ou tard, avec des phénomènes paralytiques variés.

Donc, je le répète, dans un très-grand nombre de cas, la forme paralytique n'est qu'un *aboutissant* des diverses formes sous lesquelles se présente la syphilis cérébrale à une époque plus ou moins rapprochée de ses débuts.

On peut même dire, d'une façon plus générale, qu'il est peu de syphilis cérébrales qui, abandonnées à elles-mêmes ou poursuivant leur cours en dépit du traitement, ne se compliquent pas à un moment donné de tels ou tels phénomènes paralytiques. Ce mode de terminaison ou d'évolution ne constitue pas, à coup sûr, un fait absolument invariable et constant; car on pourrait citer quelques observations de malades ayant succombé à des lésions syphilitiques du cerveau sans avoir jamais présenté le moindre trouble moteur. Mais à coup sûr, aussi, il constitue un fait très-habituel, de beaucoup le plus commun.

Voilà pour les paralysies consécutives. Venons maintenant à celles d'un ordre opposé.

Dans un tiers des cas, inversement, au lieu de succéder à des manifestations de divers genres, les phénomènes paralytiques se montrent *primitivement*, d'emblée. Ils ouvrent la scène de la syphilis cérébrale, dont ils constituent de la sorte les premiers symptômes, au moins les premiers symptômes importants et remarqués. Ce sont les cas de ce genre qui doivent nous occuper pour l'instant d'une façon spéciale.

En quoi consistent-ils ?

Variables de localisation, ces phénomènes paralytiques *initiaux* peuvent être distribués très-naturellement en trois groupes, de la façon suivante :

1° Paralysies des nerfs crâniens;

2° Monoplégies;

3° Hémiplégie.

Étudions-les successivement dans chacun de ces groupes.

I

PARALYSIES DES NERFS CRANIENS.

Avec l'étude des paralysies de cet ordre, qu'abréviativement nous appellerons *paralysies crâniennes*, nous allons aborder, Messieurs, un des points les plus intéressants, les plus spéciaux, de la syphilis cérébrale.

De tous les symptômes, en effet, qui traduisent les lésions cérébrales de la syphilis, il en est peu dont la fréquence soit comparable à celle des paralysies crâniennes. Et certaines de ces paralysies se présentent en clinique sous des formes telles qu'elles comportent, ainsi

qu'on l'a dit et que nous le répéterons bientôt, un véritable cachet de spécificité.

Ces paralysies crâniennes sont multiples, et naturellement variables de siége comme d'expressions cliniques. Elles intéressent surtout le mouvement et la sensibilité spéciale. Bien plus rarement elles affectent la sensibilité commune, générale.

Mais, avant tout, signalons un fait essentiel, qu'il importe de bien mettre en relief dès le début de cet exposé. Ce fait est relatif à l'*inégalité de fréquence* avec laquelle la syphilis s'attaque aux douze paires nerveuses qui émergent du crâne.

A ce point de vue, les douze paires crâniennes peuvent être divisées en quatre groupes, comme il suit :

1° Un groupe que la syphilis affecte d'une façon remarquablement commune, qu'elle affecte, dirai-je, avec une sorte de prédilection singulière ;

2° Un groupe qu'elle affecte avec une fréquence déjà bien moindre ;

3° Un groupe qu'elle n'intéresse que rarement ;

4° Un groupe enfin qu'elle laisse presque invariablement indemne ou qu'elle lèse seulement d'une façon exceptionnelle.

Précisons anatomiquement.

Le premier groupe, celui qui subit les atteintes de la syphilis avec une supériorité de fréquence incomparable, est composé par les *nerfs moteurs oculaires*.

Le second comprend deux nerfs moteurs : le facial et l'hypoglosse ; — et deux nerfs de sensibilité spéciale : nerf auditif et nerf optique.

Dans le troisième groupe prennent place l'olfactif et le nerf de la cinquième paire.

Dans le quatrième, enfin, figurent le glosso-pharyngien, le pneumo-gastrique et le spinal.

Cela posé d'une façon générale, venons actuellement aux détails, et arrêtons-nous tout d'abord sur le type le plus fréquent, le plus important, de ces paralysies crâniennes, à savoir les paralysies oculaires.

II

Je ne crains pas de contradiction en disant que, dans toute l'histoire clinique de la syphilis cérébrale, il n'est pas de particularité plus curieuse que celle-ci : *la prédilection singulière qu'affecte la diathèse pour les nerfs moteurs oculaires.*

Et en effet, Messieurs, la fréquence avec laquelle la syphilis cérébrale s'en prend à ces nerfs moteurs de l'œil est vraiment un fait des plus remarquables, des plus saisissants. Parcourez les publications périodiques, les monographies, les journaux d'oculistique, et vous serez étonnés du nombre considérable d'observations de ce genre qui se présenteront à vous. C'est par centaines et plus que vous rencontrerez des relations de paralysies oculaires d'origine syphilitique, avec complication de phénomènes cérébraux.

Donc, rien de mieux avéré et de plus authentique que cette liaison commune des paralysies oculaires avec les encéphalopathies de la vérole.

Or, en ce qui nous concerne pour l'instant d'une façon

plus particulière, il n'est pas moins certain que ces paralysies oculaires prennent place fréquemment au nombre des symptômes *initiaux* de la syphilis cérébrale. Il se peut même qu'elles soient tout à fait initiales, qu'elles ouvrent la scène, soit isolément, soit en compagnie d'autres symptômes d'ordre différent.

C'est ainsi, par exemple, que sur deux de mes malades, pris presque au hasard parmi beaucoup d'autres, la syphilis cérébrale a commencé de la façon suivante :

Sur le premier, ptosis avec paralysie partielle et incomplète de la troisième paire droite, en novembre 1874 ; — en janvier 1875, accès de céphalée violente ; — puis, quelques jours plus tard, hémiplégie gauche.

Sur le second, céphalée avec strabisme interne d'un œil (paralysie de la sixième paire) ; — quelques semaines plus tard, embarras de la parole et vomissements ; — puis, ictus comateux, crises épileptiformes, etc., tous accidents bientôt suivis d'une hémiplégie.

Jugez donc combien il est important en pratique de connaître la relation de tels symptômes avec la syphilis cérébrale, pour les rapporter à leur véritable origine et pour combattre d'emblée par une médication énergique l'affection grave à laquelle ils servent de prodromes.

Il se peut assurément que ces paralysies oculaires ne soient (ainsi que nous le verrons ailleurs) que la conséquence, l'expression de lésions périphériques, de lésions limitées à un tronc nerveux et laissant indemne l'encéphale. Mais alors même, dans la plupart des cas, elles témoignent de lésions qui, pour être primitivement circonscrites à un nerf, ne sont pas moins exposées à diffuser plus tard, à envahir les méninges, le cerveau,

et par conséquent à déterminer les accidents les plus graves (1).

Un autre fait qu'il importe encore de préciser avec soin, c'est que la syphilis cérébrale n'affecte pas avec une égale fréquence les trois paires nerveuses dévolues aux divers mouvements de l'œil. Ainsi :

1° Elle ne porte que rarement sur le pathétique (2);

2° Au contraire, elle intéresse déjà avec une fréquence marquée le *moteur oculaire externe;*

3° Mais, incontestablement, elle affecte avec une fré quence de beaucoup supérieure, avec une sorte de prédilection caractéristique, le *moteur oculaire commun.*

Paralysie de la troisième paire, voilà, Messieurs, la paralysie oculaire *par excellence* de la syphilis. Et il n'est pas d'exagération à dire que cette paralysie porte avec elle un véritable cachet de spécificité syphilitique, tant elle est commune chez nos malades.

Cela posé, ces faits cliniques bien établis, pouvons-nous maintenant en fournir quelque explication plausible? Avons-nous quelque raison à invoquer pour interpréter la fréquence particulière avec laquelle se trouvent affectés les nerfs moteurs oculaires dans la syphilis cérébrale ?

(1) Voir comme exemples (et j'en pourrais citer beaucoup d'autres) plusieurs faits relatés dans la thèse de M. le Dr Paul Godart (*De la paralysie du nerf moteur oculaire commun, considérée surtout au point de vue syphilitique.* Thèses de Strasbourg, 1865).

(2) Peut-être cependant la paralysie de la quatrième paire est-elle moins rare qu'on ne le croit généralement. Délicate, en effet, et difficile à constater, si ce n'est pour les experts en ophthalmologie, elle court risque par cela même d'échapper plus d'une fois à l'observation.

Oui, certes ; et ce n'est même pas une raison unique, c'est un ensemble de raisons qui se présente pour rendre compte de tels phénomènes.

Si les nerfs moteurs oculaires sont plus souvent intéressés que d'autres par la syphilis cérébrale, cela tient à ce qu'ils sont *plus exposés* que d'autres à être atteints par les lésions intra-crâniennes de la diathèse.

Et comment cela?

1° Parce que, d'abord, il sont tous, plus ou moins, des nerfs *antérieurs* du cerveau, eu égard au trajet qu'ils parcourent dans le crâne ; et je n'ai plus à vous dire que les lésions intra-crâniennes de la syphilis ont leur foyer principal vers les régions antérieures.

2° Parce qu'avant de pénétrer dans l'orbite ils décrivent un long trajet à la base du crâne, et cela en contact avec les méninges (1), en contact avec un plancher osseux, et cela encore dans une région spéciale qui est un véritable foyer, un centre de prédilection pour les néo-formations syphilitiques, pour les scléroses méningées, pour les gommes méningées ou méningo-cérébrales.

Il suit de là que les nerfs moteurs oculaires sont sujets plus que d'autres à être enserrés, englobés, comprimés, étouffés par ces hyperplasies, ces scléroses méningées de forme rétractile et constrictive dont je vous ai parlé précédemment, comme aussi par les infiltrats gommeux, les tumeurs gommeuses proprement dites,

(1) Ne pas oublier, en effet, que le nerf de la sixième paire traverse le repli de la dure-mère qui s'étend du sommet du rocher à la lame quadrilatère du sphénoïde ; — que la troisième paire est contenue dans l'épaisseur même de la paroi externe du sinus caverneux, etc.; — toutes conditions qui exposent ces cordons nerveux à des compressions, à des étranglements, dans les cas où les méninges deviennent le siége d'épaississements, d'infiltrations hyperplasiques, de dépôts gommeux.

etc. — Incidemment, notons que le danger de telles compressions est plus imminent encore pour le nerf de la troisième paire que pour les autres paires motrices de l'œil, en raison de sa situation au niveau même de l'espace interpédonculaire, « siége d'élection par excellence des productions syphilitiques de l'encéphale » (Broadbent).

Et n'acceptez pas ces raisons, Messieurs, comme de simples interprétations théoriques, imaginées *à priori* dans les loisirs du cabinet. Ce sont là, tout au contraire, des raisons basées sur des faits précis, anatomiques. Ainsi, en maintes et maintes autopsies, on a trouvé l'explication de ces paralysies oculaires dans des compressions subies par les cordons nerveux au sein de scléroses méningées ou de tumeurs gommeuses de la base du crâne.

3° Peut-être bien aussi (mais je ne vous donne plus ce qui va suivre qu'au titre d'une hypothèse qui attend sa confirmation), peut-être bien aussi la fréquence des paralysies oculaires a-t-elle une autre raison qu'on n'avait pas soupçonnée jusqu'alors, à savoir la fréquence des lésions *corticales* du cerveau dans la syphilis. Quelques observations récentes, en effet, viennent de nous apprendre que des paralysies oculaires peuvent résulter de lésions circonscrites à certains points de la substance grise des circonvolutions cérébrales (1). Le ptosis, notamment, comme l'a démontré M. Landouzy dans un très-remarquable travail (2), aurait souvent son origine dans

(1) V. Obs. de Grasset (*Progrès médical*, 1876, p. 406) et de Joanny Rendu (*Lyon médical*, 1877, p. 446).

(2) *De la blépharoptose cérébrale*, etc. (*Archives générales de médecine*, août 1877).

des lésions de l'écorce grise du cerveau. S'il en est ainsi, nous sommes en droit d'inférer de là que bon nombre des paralysies oculaires de la syphilis ont leur point de départ dans des altérations périphériques de l'encéphale; et dès lors une corrélation curieuse s'établirait entre la fréquence de ces paralysies dans la syphilis cérébrale et la prédilection avec laquelle la diathèse porte ses lésions sur les régions corticales du cerveau.

Cela dit, revenons à la clinique. Quels symptômes constituent les paralysies oculaires de la syphilis cérébrale; quel en est le mode d'invasion, de développement, d'évolution?

Les expressions cliniques de la paralysie d'un nerf ne varient pas suivant la cause qui a suspendu l'incitation motrice de ce nerf; cela va sans dire. Donc les paralysies des nerfs moteurs oculaires ne sont dans la syphilis que ce qu'elles sont ailleurs, ce qu'elles sont en toutes circonstances. Aussi ne m'attarderai-je pas à vous décrire *in-extenso* des symptômes qui sont de notion vulgaire; je ne ferai que vous les rappeler ici sommairement, dans ce qu'ils ont de plus caractéristique.

Ces symptômes sont:

1° Pour la paralysie de la troisième paire: ptosis; — abolition des mouvements du globe oculaire en haut, en bas et en dedans; — strabisme externe divergent; d'où, comme conséquence, diplopie; — mydriase;

2° Pour la paralysie de la sixième paire, abolition des mouvements du globe oculaire en dehors; — strabisme interne, convergent; d'où, comme conséquence, diplopie;

3° Pour la paralysie de la quatrième paire, diplopie en hauteur, relativement aux objets situés dans la moitié inférieure du champ visuel; — attitude particulière : tête inclinée en bas et latéralement du côté correspondant au muscle paralysé, de façon à combattre le défaut de rotation de l'œil en ce sens, etc.

Ces paralysies oculaires ont presque toujours une invasion absolument insidieuse. Le malade n'en est averti qu'au moment où elles sont déjà produites, et il ne s'en aperçoit qu'en raison des troubles fonctionnels résultant de la diminution ou de l'abolition de la puissance musculaire dans un ou plusieurs des muscles moteurs de l'œil. — Parfois cependant les phénomènes paralytiques sont précédés par quelques douleurs de tête vagues, par quelques crises céphalalgiques d'intensité et de localisation variables.

Sans être soudaines, les paralysies oculaires qui nous occupent actuellement affectent en général un mode de développement rapide. Elles s'établissent et se confirment la plupart du temps dans l'espace de quelques heures, d'un jour à l'autre. C'est ainsi, comme exemple, qu'un malade, dont je vous ai déjà parlé à plusieurs reprises, se coucha un soir en parfait état de santé (à part cependant un léger mal de tête auquel il ne prêtait guère attention), et se réveilla le lendemain avec un ptosis presque absolu.

Plus lentes en d'autres cas, ces paralysies ne se complètent et ne se confirment qu'en deux, trois ou quatre jours.

Enfin elles peuvent affecter une évolution beaucoup plus lente. M. Ricord a relaté le fait d'un malade chez

lequel une paralysie de la troisième paire mit plusieurs mois à se compléter. Longtemps avant d'offrir des symptômes apparents de paralysie oculaire, ce malade avait remarqué, en jouant au billard, que par instants il voyait double. Dans certaines positions données, il apercevait deux billes au lieu d'une. — Les cas de ce genre sont des plus rares.

Une fois constituées, ces paralysies oculaires de la syphilis cérébrale ne font plus que se confirmer ultérieurement. Abandonnées à leur évolution propre, elles restent ce qu'elles sont ou s'aggravent, et deviennent définitives (1). Elles diffèrent en cela de certaines paralysies de même siége qui, après avoir duré un certain temps, s'atténuent et disparaissent *sponte sua*, comme dans l'ataxie locomotrice, par exemple.

Le traitement, ainsi que nous le verrons bientôt, peut en faire justice. Encore n'est-ce pas là une règle absolue. Attaquées de bonne heure par une médication énergique, elles guérissent, il est vrai, assez facilement. Mais, si peu qu'on les néglige au début, elles se montrent bien autrement rebelles. Trop souvent même elles restent réfractaires au traitement et persistent d'une façon définitive, comme j'en ai deux cas sous les yeux en ce moment.

A cet exposé général ajoutons maintenant quelques particularités symptomatologiques dignes d'intérêt.

(1) On a dit qu'elles peuvent disparaître *sponte sua*. Je ne nie pas le fait, mais je dois déclarer que, pour ma part, je n'ai jamais vu jusqu'à ce jour une paralysie oculaire reliée à des accidents de syphilis cérébrale s'effacer et guérir sans le secours du traitement.

Premier point : comme degré d'intensité dans l'atteinte portée à la puissance musculaire, les paralysies oculaires de la syphilis cérébrale sont très-souvent *incomplètes*.

Ainsi, en bon nombre de cas, le muscle ou les muscles affectés ne sont pas littéralement paralysés ; ils restent capables d'imprimer au globe oculaire un certain degré de rotation sur tel ou tel de ses axes. S'agit-il, par exemple, d'une paralysie de la sixième paire, la pupille, à coup sûr, ne peut plus être dirigée complétement en dehors ; mais elle n'est pas immobilisée dans l'angle interne de l'œil ; elle peut être amenée presque de face ou subir au moins quelques oscillations en ce sens.

Il n'est pas rare encore que ces paralysies soient seulement *ébauchées* dans leurs expressions propres, surtout dans leurs phénomènes apparents. En certains cas, ce qui traduit exclusivement la paralysie de la troisième ou de la sixième paire se borne à de la diplopie, à de la diplopie pure et simple, accompagnée ou non de vertiges oculaires, mais *sans strabisme*. Le malade alors se présente au médecin en se plaignant de « voir double »; mais, chose étonnante, il ne louche pas, au moins d'une façon bien appréciable. Ce n'est, en pareille occurrence, que grâce à des procédés ophthalmologiques spéciaux dont je n'ai pas à parler ici (examen aux verres de couleur) qu'on parvient à constater la paralysie d'une paire nerveuse et à déterminer le nerf affecté.

Parfois même, en l'absence de la diplopie (ce réactif par excellence des paralysies oculaires), il se peut que le trouble morbide échappe au malade, du moins pour un certain temps, parce qu'il ne comporte pas une gêne suffisante de fonctions pour être immédiatement remar-

qué. Tel est le cas d'un de mes clients qui, affecté d'un ptosis léger depuis un certain temps, ne s'en était même pas aperçu. Ce fut sa femme qui, frappée du changement survenu dans la physionomie de son mari, lui dit un jour : « Mais pourquoi donc tiens-tu ta paupière gauche abaissée de la sorte? » Étonné, il alla se regarder dans une glace, constata cet abaissement de la paupière, et accourut sur-le-champ me consulter (1).

Second point, et celui-ci relatif seulement à la troisième paire : il est très-commun que la paralysie de cette paire nerveuse se montre à l'état de *paralysie partielle*, c'est-à-dire qu'au lieu d'affecter toute la distribution du nerf, elle n'en intéresse que certaines branches.

(1) J'ai observé, ces derniers temps, un fait curieux auquel il ne sera peut-être pas inutile de consacrer ici quelques lignes. Un malade affecté de lésions cérébrales évidentes, d'ordre syphilitique, présentait un strabisme bien marqué, et cependant *il ne voyait pas double*, même à l'examen par les verres colorés. Cette absence de diplopie était restée pour moi inexplicable, lorsque la lecture d'un très-intéressant mémoire du Dr Parinaud (*Spasme et paralysie des muscles de l'œil*, *in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 16 et 23 novembre 1877) vint me donner la clef du mystère. Dans ce travail, le Dr Parinaud établit comment, étant donnée une paralysie d'un muscle de l'œil, le spasme du muscle associé dans l'œil sain peut modifier les phénomènes de diplopie. Si ledit spasme n'est que faible ou moyen, il n'en résulte qu'une diplopie irrégulière. Mais, si le spasme est considérable, la déviation peut devenir telle que l'image ne se fasse plus que sur des parties excentriques de la rétine peu sensibles. Le malade, alors, arrive après un certain temps (et sans se rendre compte de ses propres sensations) à *négliger cette image*, et la diplopie disparaît par cela même. C'est là, sans aucun doute, ce qui expliquait sur le malade en question l'absence de la diplopie, en dépit, je le répète, d'un strabisme très-apparent.

Autre point. On a parlé de *diplopies intermittentes*, se produisant pour quelques heures, puis disparaissant, pour reparaître après un temps variable, et ainsi de suite. M. Broadbent cite un cas de ce genre. Je n'ai jusqu'à ce jour rien observé de semblable chez mes malades, au moins d'une façon bien certaine.

A cet égard, variétés nombreuses. Ainsi :

1° *Le ptosis peut exister seul,* absolument seul, les autres mouvements de l'œil restant indemnes. — Cela n'est pas très-commun.

2° Plus fréquemment, on observe le *ptosis en coïncidence avec une paralysie du droit supérieur,* les autres muscles de l'œil conservant leurs fonctions.

3° Le *strabisme externe* peut exister seul, sans ptosis, sans lésion des mouvements d'élévation et d'abaissement de la pupille.

4° Le *muscle droit supérieur* peut être seul affecté (je n'ai observé qu'un seul cas de cette variété exceptionnelle).

5° Enfin, il y a plus. *La mydriase peut exister seule,* sans autre trouble fonctionnel, tous les autres mouvements auxquels préside la troisième paire restant normaux. Plusieurs cas de ce genre ont été cités, et j'en ai moi-même observé quelques-uns comme prélude à des accidents de syphilis cérébrale.

Ce dernier fait est très-digne de remarque et comporte une véritable importance pratique. On conçoit en effet qu'une mydriase *isolée* puisse échapper aux malades ou ne pas les inquiéter. Surprise au contraire par le médecin, elle devient un signe capital qui éveille aussitôt l'attention et révèle une piste diagnostique très-essentielle à découvrir. L'examen de l'état des pupilles doit donc être pratiqué dans tous les cas où, sur un sujet syphilitique, le moindre symptôme permet de soupçonner une invasion de la diathèse vers les centres nerveux.

Remarquez bien, je vous prie, Messieurs, ces para-

lysies *partielles* de la troisième paire. Car elles sont excessivement communes dans la syphilis cérébrale, plus communes, je crois, que dans toute autre maladie; et elles ne laissent pas, à ce titre, de prendre une réelle valeur diagnostique.

Quant aux raisons anatomiques pouvant rendre compte de ces paralysies *dissociées*, elles sont encore ignorées de nous. Suivant toutes probabilités, elles ne résident pas dans les cordons nerveux, car il serait bien difficile d'imaginer une lésion d'un nerf assez circonscrite et assez systématisée tout à la fois pour déterminer des phénomènes aussi précis comme localisation, aussi identiques à eux-mêmes d'un sujet à un autre. Il semble plus rationnel et plus vraisemblable de rapporter cette dissociation de symptômes cliniques à une dissociation anatomique du cordon nerveux, dont les fibres divergentes vont emprunter leur principe d'innervation à des centres cérébraux différents. L'indépendance de ces divers centres explique comment chacun d'eux peut être affecté *isolément* et par conséquent traduire sa lésion propre par un trouble *partiel* de fonctions. Déjà cette manière de voir trouve sa justification dans quelques faits récemment publiés à propos des recherches actuelles sur les localisations cérébrales, et je ne mets pas en doute qu'elle ne tarde guère à être confirmée par des observations ultérieures.

Jusqu'ici je ne vous ai parlé, Messieurs, que de paralysies oculaires limitées à une paire nerveuse; et tel est, en effet, le cas qui s'observe le plus souvent. Mais je commettrais une omission grave si je ne vous signalais actuellement une particularité d'un autre genre, qui ne

laisse pas de figurer avec une certaine fréquence dans la symptomatologie de la syphilis cérébrale.

Cette particularité, c'est la *coexistence possible de plusieurs paralysies oculaires*.

Deux ordres de cas se présentent :

1° Il est possible que, dans le même œil (l'autre restant indemne), deux paires nerveuses se présentent affectées. Exemples : paralysie de la troisième paire coïncidant avec une paralysie de la sixième, dans l'œil droit ; — ou bien, paralysie de la troisième paire et paralysie de la quatrième dans l'œil gauche.

2° Il est possible également que les deux yeux soient affectés de paralysies musculaires.

Et alors, deux variétés :

Tantôt ce sont les paires nerveuses *homonymes* qui sont intéressées de part et d'autre : soit, par exemple, la troisième paire droite avec la troisième paire gauche ;

Tantôt ce sont les paires *antagonistes* qui se trouvent paralysées de part et d'autre. Exemple : troisième paire gauche avec sixième paire droite.

Et ce n'est pas tout. Des cas plus complexes encore ont été cités. Ainsi une de mes malades de Lourcine (dont j'ai relaté l'histoire il y a quelques années) présentait simultanément *trois paralysies oculaires*, à savoir : du côté gauche, paralysie de la sixième paire ; et du côté droit, paralysie de la troisième et de la sixième paires (1). — Un autre malade, qui succomba dans la démence aux suites d'une syphilis cérébrale, était également affecté d'une triple paralysie oculaire : paralysie de la sixième

(1) V. *Triple paralysie d'origine syphilitique* (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie* publiées par le Dr Doyon, 1873-74, p. 190).

paire gauche; paralysie des troisième et sixième paires droites.

Enfin, ajoutez que, d'autre part, les paralysies oculaires, simples ou multiples, s'observent parfois combinées à des paralysies d'autre siége, par exemple à l'hémiplégie faciale. C'est ainsi qu'une de mes clientes, affectée d'une syphilis cérébrale qu'attestait un cortége de nombreux accidents (céphalée, vomissements, accès épileptiques, etc.), présentait, en même temps qu'une hémiplégie de la face à gauche, une paralysie des troisième et sixième paires du même côté.

Telles sont, Messieurs, les paralysies oculaires de la syphilis cérébrale.

Si j'ai insisté aussi longuement sur elles, c'est qu'il s'y rattache un intérêt considérable. Cet intérêt d'ordre essentiellement pratique, vous l'avez saisi à l'avance. Il réside dans la *signification diagnostique* que comportent des troubles moteurs à localisation si particulière.

Sans exagération, en effet, on peut dire que les paralysies motrices de l'œil portent avec elles le cachet de la syphilis. Laissez-moi vous rappeler à ce propos un mot bien connu de M. Ricord : « Une paralysie oculaire, c'est en quelque sorte la signature de la vérole sur l'œil d'un malade. »

A coup sûr, cependant, il n'est pas que la vérole qui produise des paralysies de l'œil; et chacun sait que des symptômes de même ordre s'observent avec nombre d'autres maladies, telles que méningites simples, méningite tuberculeuse, encéphalite, tumeurs cérébrales,

ataxie, voire rhumatisme, etc. Mais ce qui n'est pas moins certain, c'est que toutes ces maladies, même réunies, n'arrivent pas à déterminer des paralysies oculaires d'une façon aussi fréquente que le fait la vérole à elle seule. Un savant ophthalmologiste me disait récemment que, « sur cent cas de paralysies de l'œil, il en est soixante-quinze pour le moins imputables à la vérole contre vingt-cinq d'autre provenance ». Et c'est là exactement la proportion à laquelle je suis arrivé dans mes statistiques personnelles. De sorte que la fréquence, l'extrême fréquence de ces paralysies d'origine spécifique est aujourd'hui un fait avéré, incontestable, et je crois pouvoir dire incontesté.

De cela vous avez déjà déduit l'application pratique : Étant donné un cas de paralysie oculaire, c'est à la vérole qu'il faut aussitôt penser, comme cause possible, comme cause probable de cette paralysie. Un malade se présentant à vous avec un ptosis, un strabisme, une mydriase, etc., votre premier soin devra être de l'interroger sur ses antécédents spécifiques, de rechercher la vérole avant tout, d'ouvrir sur la vérole une enquête rétrospective aussi minutieuse, aussi complète que possible; car c'est dans cette direction que vous avez le plus de chances de trouver la cause des accidents.

Je vais même plus loin et je dis : Si, dans cette enquête, vous ne réussissez pas à découvrir des antécédents spécifiques bien manifestes, vous n'êtes autorisés à abandonner le soupçon d'une cause spécifique qu'au seul cas où d'autres causes patentes et suffisantes se présentent à vous pour rendre compte des symptômes morbides. Car, en maintes et maintes occasions (je n'ai plus à le démontrer devant vous), la syphilis peut rester

ignorée ou méconnue, même de malades observateurs et intelligents (1).

Enfin, une dernière remarque, également digne d'attention. Si une paralysie oculaire isolée suffit par elle seule à éveiller le soupçon de syphilis, la coïncidence de plusieurs de ces paralysies réunies sur le même malade comporte une signification plus péremptoire encore, et révèle plus sûrement une origine spécifique. De par l'observation, en effet, les cas de paralysies oculaires multiples ressortissent à la vérole pour la grande majorité des cas.

Voyez donc, Messieurs, quelle importance prennent les troubles morbides que nous venons d'étudier. Et cette importance, en l'espèce, devient d'autant plus considérable qu'assez fréquemment, comme vous le savez, les paralysies oculaires se produisent soit au début même, soit dans les premiers temps de la syphilis cérébrale, c'est-à-dire à une époque où l'art est puissant, où le médecin a plus de chances que jamais d'être utile au malade. Jugez en conséquence s'il y a intérêt à ce que la signification clinique de telles manifestations ne reste pas méconnue.

Conservez donc bien en souvenir les diverses particularités cliniques qui viennent de nous occuper aujourd'hui, Messieurs, et dont les principales, les plus essentielles au point de vue pratique, peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Les paralysies motrices de l'œil constituent un

(1) Voir à ce propos une de mes leçons sur les *syphilis ignorées.*

phénomène fréquent de la syphilis cérébrale; — et elles en constituent un des phénomènes qui accusent le mieux, de la façon la plus saisissante et la plus frappante, l'influence syphilitique sur le cerveau;

2° Ces paralysies ont une signification double.

D'abord elles attestent ou tout au moins permettent de soupçonner une *cause spéciale*, la syphilis, comme origine des accidents.

En second lieu, elles *dénoncent un danger imminent*, par cela qu'elles révèlent une localisation morbide intra-crânienne, susceptible de s'étendre et d'atteindre par diffusion d'autres centres cérébraux. — Et, en effet, réserve faite pour certains cas où elles trouvent leur raison anatomique en dehors du crâne, les paralysies oculaires ont leur origine la plus habituelle dans des lésions qui ou bien intéressent le cerveau primitivement, ou bien le menacent par voisinage. Dans l'un ou l'autre cas, elles témoignent d'une imminence morbide redoutable, elles constituent un présage dont il est essentiel, en pratique, de saisir le sens et la portée.

QUINZIÈME LEÇON

VI. — FORME PARALYTIQUE

(SUITE).

PARALYSIES DES NERFS CRANIENS (*suite*). — Second groupe.

1° *Nerf auditif.* — Troubles divers de l'audition susceptibles de marquer le début de la syphilis cérébrale. — Leur gravité comme symptômes précurseurs.

2° *Nerf optique.* — Troubles visuels symptomatiques. — Leurs caractères. — Trois degrés : amblyopie légère ; amblyopie vraie ; cécité. — Les troubles visuels peuvent constituer le symptôme unique qui traduit l'invasion de la maladie (forme *oculaire* de la syphilis cérébrale). — Plus souvent ils se présentent associés à d'autres phénomènes cérébraux. — Combinaisons symptomatologiques diverses. — Type particulier, comportant une signification diagnostique précise.

Application de l'ophthalmoscope à l'analyse de ces troubles oculaires. — *Névrite optique* et *atrophie papillaire.* — Caractères objectifs de ces deux lésions. — Elles ne constituent pas deux affections distinctes, mais bien deux étapes successives d'un seul et même processus morbide.

Double signification des données ophthalmoscopiques. — D'une part, elles rendent compte des troubles oculaires ; — d'autre part, et surtout, elles témoignent d'une *lésion intra-crânienne.* — Importance considérable se rattachant à cette dernière indication. — Conséquence pratique : nécessité du recours à l'ophthalmoscope dans tous les cas où un malade syphilitique vient à présenter quelque symptôme d'ordre cérébral. — Pourquoi l'examen ophthalmoscopique est indispensable même en l'absence de troubles visuels. — Intégrité possible de la vision avec coïncidence d'une double névrite optique.

3° *Nerf facial.* — Hémiplégie faciale. — Paralysies circonscrites du facial.

4° *Nerf grand hypoglosse.* — Parésies linguales éphémères. — Leur fréquence au début de la syphilis cérébrale. — Paralysies linguales.

Troisième groupe. — Troubles ressortissant à la *cinquième paire.* — Hémianesthésie faciale. — Troubles de l'*odorat.* — Troubles paraissant se relier à une lésion du *pneumogastrique.*

II. Monoplégies. — Très-communes au début de la maladie sous forme de parésies transitoires. — Beaucoup plus rares sous forme de paralysies vraies, persistantes. — Le plus souvent, dans ce cas, elles sont consécutives à des hémiplégies en quelque sorte avortées. — Exemple clinique.

Monoplégies circonscrites, de forme exceptionnelle.

Messieurs,

Nous allons continuer aujourd'hui l'étude des paralysies crâniennes qui peuvent marquer le début ou les premiers temps de la syphilis cérébrale.

Avant d'entrer en matière, je dois vous rappeler que ce mot de « paralysies crâniennes » ne comporte ici qu'une acception purement clinique. Il ne signifie pas que les paralysies dont il va être question reconnaissent pour origine des lésions propres aux cordons nerveux, aux paires crâniennes proprement dites, à l'exclusion de lésions situées dans le cerveau au delà de l'émergence apparente de ces nerfs. Il n'a d'autre sens pour nous, quant à présent, que celui-ci : troubles paralytiques occupant le territoire de distribution d'un nerf encéphalique.

Cela convenu, reprenons le sujet commencé dans notre dernière conférence.

Après les nerfs oculaires, qui nous ont longuement occupés, se présente un second groupe de nerfs que la

syphilis cérébrale n'affecte qu'avec une fréquence bien moindre, mais qui pourtant ne laissent pas d'être intéressés dans un certain nombre de cas.

Ce second groupe comprend, vous le savez, deux paires nerveuses de sensibilité spéciale et deux paires motrices, à savoir : d'une part, le nerf auditif et le nerf optique ; — d'autre part, le facial et l'hypoglosse.

Voyons sous quelles formes cliniques se révèle la syphilis cérébrale, alors qu'elle trouble les fonctions dévolues à tel ou tel de ces nerfs.

1° *Nerf auditif.* — Déjà, dans ce qui précède, nous avons vu la syphilis cérébrale préluder à diverses formes d'ordre plus ou moins grave par des troubles de l'ouïe. Ces troubles se manifestent sous deux modes différents que voici :

Tantôt ils consistent en des phénomènes de bourdonnements, de sifflements, de tintements, de murmures auriculaires variés de tonalité ; — phénomènes soit limités à une oreille, soit bilatéraux : — et phénomènes généralement continus avec exacerbations intermittentes.

Tantôt ils s'accusent par un affaiblissement progressif ou rapide de la faculté auditive : obtusion réelle de l'ouïe à des degrés divers, demi-surdité, voire surdité presque complète.

En tant que symptôme prodromique ou précoce de syphilis cérébrale, la perte relative ou absolue de l'audition n'est jamais qu'unilatérale. Du moins n'ai-je pas encore, pour ma part, rencontré un seul cas où elle affectât d'emblée, du premier coup, les deux oreilles.

Légère, moyenne ou intense, elle constitue toujours un présage alarmant. Fort souvent, en effet, on l'a vue suivie, à échéance plus ou moins rapprochée, d'accidents sérieux, voire immédiatement graves. De cela je vous dois la preuve; elle vous sera fournie par le cas suivant.

Un malade d'une quarantaine d'années, syphilitique depuis six ans, commença par être pris d'une demi-surdité de l'oreille gauche. Cette surdité, qui, d'après le diagnostic d'un spécialiste étranger, « ne pouvait être expliquée par aucune lésion appréciable, » guérit rapidement sous l'influence d'un traitement mercuriel. — Quelques mois plus tard, récidive du même accident, et alors surdité gauche presque absolue. Nouveau traitement par les frictions mercurielles; guérison. — Puis, bientôt après, céphalée, vertiges, et *hémiplégie* gauche. Même traitement, avec addition d'iodure; et, cette fois encore, guérison. — Mais, tout récemment, récidive des vertiges, paralysie de la troisième paire, et troubles cérébraux des plus graves; vie plus que menacée en ce moment.

Il se peut (vous venez précisément d'en avoir un exemple) que les troubles auditifs constituent, au début même de la syphilis cérébrale, le seul, l'unique symptôme de la maladie. Cela est rare, exceptionnel même, dirai-je. Presque toujours ces troubles se montrent en compagnie d'autres phénomènes cérébraux, parmi lesquels les plus fréquents sont la céphalée, l'affaiblissement de la vue, la diminution de mémoire, les vertiges, et généralement tous phénomènes d'ordre congestif.

2° *Nerf optique.* — Les troubles de la vue sont assu-

rément des plus communs dans la syphilis cérébrale. Mais on ne les observe qu'avec une fréquence tout au plus moyenne (13 fois sur 109 cas, dans ma statistique personnelle) au début même de la maladie.

Quelquefois ils sont unilatéraux, auquel cas ils peuvent passer inaperçus pour un certain temps. Ainsi j'ai dans mes notes plusieurs observations de malades qui, ayant fermé un œil par hasard « pour lorgner un objet », ont été stupéfaits de se trouver aveugles ou presque aveugles de l'œil opposé. Jusqu'alors, d'après leur dire, « ils ne s'étaient aperçus de rien ».

Bien plus souvent, les troubles oculaires intéressent d'emblée les deux yeux, à des degrés égaux et inégaux. En tout cas, alors qu'ils sont mono-oculaires pour un temps, ils ne tardent guère, en général, à devenir bilatéraux.

Presque toujours ils sont graduels d'évolution, progressifs. Vous trouverez cependant quelques observations dans lesquelles ils se sont produits d'une façon très-rapide, pour ainsi dire presque soudaine.

Quant à leur intensité, elle est susceptible de différences considérables, qu'on peut néanmoins, sans trop d'efforts, ramener à trois degrés principaux, de la façon suivante :

1° *Amblyopie légère;* simple affaiblissement de la vision, qui n'a plus son acuité normale, qui ne perçoit plus les objets qu'avec des « contours mal arrêtés, comme indécis »;

2° *Amblyopie vraie.* Dans ce second degré, diminution très-accentuée de la faculté visuelle ; malade devenu incapable de lire, ne distinguant plus que les gros caractères d'imprimerie ;

3° *Cécité* presque complète et même absolue. — Ce degré extrême n'est jamais (sauf exceptions très-rares) que consécutif et ne s'observe qu'à une époque plus ou moins distante du début des accidents.

Les troubles visuels qui prennent place dans la période initiale de la syphilis du cerveau se présentent sous les deux modes que nous avons déjà tant de fois signalés à propos de manifestations différentes, à savoir : sous le mode de troubles *isolés*, et sous celui de troubles *combinés* à d'autres symptômes.

Ils peuvent être isolés, c'est-à-dire constituer l'ordre unique de troubles morbides qui atteste la maladie. Cette forme *oculaire*, exclusivement oculaire, est rare comme début, comme exorde de syphilis cérébrale. Je n'en ai encore observé que trois cas bien authentiques. L'un est relatif à un jeune malade qui, sans autres phénomènes, fut pris d'amblyopie progressive, et, quelques mois plus tard seulement, commença à présenter des troubles encéphaliques multiples, se rattachant de toute évidence à une tumeur syphilitique de la base du crâne. — Dans un second cas, l'évolution des accidents se déroula de la façon suivante : vers juillet 69, début de troubles visuels, qui sont négligés et restent sans traitement. Amblyopie progressive. — En février 70, on reconnaît une atrophie papillaire du côté gauche. — En mai de la même année commencent seulement à apparaître divers symptômes d'autre nature : tremblement des mains, engourdissements passagers dans les membres; — en juin, mêmes symptômes persistants, avec lourdeur de tête continue, fatigue générale, tremblement de la langue ; — puis, quelques mois plus tard, invasion

de troubles intellectuels et moraux qui ne font plus que s'accroître ; — finalement, hémiplégie, état comateux, et mort rapide.

Les cas de ce premier ordre sont essentiels à connaître, et je les recommande à l'attention des ophthalmologistes, nécessairement appelés à les observer avant nous. Mais ils ne forment, je le répète, qu'une exception rare.

Le plus généralement, en effet, au lieu de se présenter isolés, les troubles optiques de début sont associés à d'autres phénomènes cérébraux. La céphalée, par exemple, leur sert de compagne habituelle. Rappelez-vous à ce propos un cas précité, dû à MM. Trousseau et Lasègue, cas dans lequel, à la suite de céphalées nocturnes violentes et de troubles visuels, un malade fut pris rapidement de cécité complète, puis tomba soudain dans un état comateux profond, de nature à inspirer les plus vives alarmes (1). — Avec ou sans la céphalée, les troubles optiques s'observent encore combinés à divers symptômes, tels que les bourdonnements, la cophose; — les phénomènes d'ordre congestif (vertiges, obnubilations, embarras passagers de la parole, tremblements, défaillances musculaires, etc.); — les troubles intellectuels et moraux, les accès épileptiques, les paralysies, etc.

De là diverses combinaisons de symptômes, très-variables de forme et d'expression. L'une d'entre elles, assurément très-remarquable, mérite une mention particulière. Elle est relative à un certain ordre de cas où les troubles oculaires se présentent associés à trois autres

(1) V. page 134.

symptômes non moins précis comme caractères, à savoir : la céphalée ; — les accès d'épilepsie convulsive ; — et les vomissements. Cette quadruple association de phénomènes constitue un type qu'il n'est pas rare d'observer dans la syphilis cérébrale, et comporte une signification spéciale. Presque infailliblement, elle atteste une *tumeur cérébrale*, et une tumeur cérébrale occupant la *base du crâne*. C'est là ce dont témoignent plusieurs faits intéressants, déjà relatés dans la science ; et, pour ma part, j'en pourrais citer quelques autres non moins démonstratifs dans le même sens.

A l'autopsie, les troubles oculaires de la syphilis cérébrale trouvent leur raison anatomique soit en des lésions du parenchyme cérébral ; — soit, plus habituellement, en des lésions situées à la périphérie des nerfs optiques, qu'on trouve comprimés, dégénérés, atrophiés, voire anéantis, par le fait de tumeurs et d'exsudats méningés ; — soit enfin, comme j'aurai à vous le dire plus tard, en des lésions primitives, intrinsèques, de ces nerfs.

Mais ce qui a une bien autre importance pour nous, c'est que, d'une part, les lésions productrices de ces troubles oculaires peuvent être révélées par l'ophthalmoscope, et que, d'autre part, les données résultant de l'examen ophthalmoscopique comportent, au point de vue de l'origine même des accidents, une signification particulière. Je m'explique.

Il est acquis aujourd'hui que des lésions encéphaliques, telles que méningites, tumeurs, abcès, etc., s'accusent fréquemment par certains états pathologiques du fond de l'œil, d'où dérivent des troubles visuels corré-

latifs. Des travaux nombreux, que je n'ai pas à rappeler ici, ont établi de la façon la plus positive la relation de certaines apparences morbides de la papille optique et des portions rétiniennes avoisinantes avec des lésions intra-crâniennes. Or ce qui se produit pour des affections vulgaires se produit également pour la syphilis ; et des observations qui ne sont plus à compter actuellement ont démontré que la syphilis cérébrale se traduit souvent sur le fond de l'œil par des aspects ophthalmoscopiques très-remarquables, non équivoques pour qui sait les rechercher et les apprécier à leur juste valeur.

Venons au fait immédiatement. Que trouve-t-on donc au fond de l'œil, ou, pour mieux dire, que peut-on y trouver dans les cas de lésions syphilitiques intra-crâniennes ?

Bien qu'ils ne présentent rien de spécial à la syphilis, les signes ophthalmoscopiques dont nous allons parler ne réclament pas moins de nous une étude très-attentive et très-minutieuse, en raison de l'appoint considérable qu'ils viennent fournir au diagnostic en nombre de cas.

Ils consistent en ceci : des apparences morbides de la papille décrites en langage technique sous les noms de *névrite optique* et d'*atrophie papillaire*.

Ces deux états de la papille ne constituent pas dans l'espèce deux affections distinctes, mais seulement deux phases, deux étapes successives d'un seul et même processus anatomique, d'une seule et même lésion. L'étape initiale, c'est la névrite ; l'étape consécutive et ultime, c'est l'atrophie.

Parlons d'abord de la névrite.

I.— La NÉVRITE OPTIQUE (dite encore *névrite par stase*,

par compression, névrite descendante, papille étranglée, etc.) s'accuse par les signes suivants :

1° *Rougeur intense de la papille, avec léger degré de boursouflement.*

La papille n'est plus ce disque blanc rosé, à circonférence bien délimitée, se détachant nettement du fond de l'œil. Elle se présente, grâce au développement de ses capillaires, avec une teinte d'un rouge intense, parfois violacé, ce qui tout naturellement la rend moins distincte des parties voisines, ce qui en efface les contours. Elle est moins apparente, somme toute, moins distincte à première vue ; si bien que souvent on ne la reconnaît plus, on ne peut plus en déterminer le siége que par la direction et la convergence des vaisseaux.

En outre, au lieu de figurer, comme à l'état normal, un disque plat, étalé sur le fond de l'œil, elle offre un aspect gonflé, turgescent ; ce qui tient à ce qu'elle est quelque peu surélevée au-dessus du plan rétinien.

2° *Veines centrales augmentées de volume, dilatées, tortueuses*, quelquefois même présentant de véritables varicosités (phénomène dû, suivant toute vraisemblance, à une difficulté de la circulation en retour).

3° Inversement, *artères paraissant plus grêles, comme amincies.*

4° Quelquefois encore, mais plus rarement, *taches apoplectiques* plus ou moins nombreuses, répandues sur la papille et la rétine, suivant le trajet des vaisseaux veineux.

Cet aspect morbide très-spécial (1) est localisé à la

(1) « Dans les névrites dues à toute autre cause qu'à des tumeurs cérébrales, l'image ophthalmoscopique n'est plus la même. La rougeur et l'injection de la papille sont moins vives. Les veines, bien que tor-

papille exclusivement, ou bien il diffuse quelque peu sur les parties avoisinantes de la rétine (*névro-rétinite*), tandis que les régions plus excentriques du fond de l'œil restent absolument saines. Par l'ensemble de ses caractères, il témoigne bien d'un état inflammatoire du nerf optique, avec compression subie par les fibres nerveuses et gêne mécanique de la circulation en retour.

Tel est, Messieurs, l'état par lequel se traduisent tout d'abord sur l'extrémité du nerf optique certaines lésions intra-crâniennes; tel est le premier degré des altérations oculaires symptomatiques de ces lésions.

II. — Mais à ce degré en succède un second plus tardivement, si les lésions productrices subsistent et progressent. Affectées comme je viens de le dire, les fibres nerveuses *dégénèrent* après un certain temps, et alors se constitue un aspect nouveau de la papille, non moins particulier que le précédent, connu sous le nom d'*atrophie*. Bien qu'appartenant à une étape plus avancée de la maladie, je vous le décrirai de suite, pour ne pas scinder l'exposé du curieux processus pathologique que nous étudions actuellement.

L'ATROPHIE PAPILLAIRE, seconde phase de l'affection, consiste en une véritable sclérose de la papille.

Sa pathogénie est des plus simples et se résume en ceci : à un moment donné, les hyperplasies cellulaires

tueuses et engorgées, n'offrent plus ces énormes dilatations variqueuses. La papille n'est ni gonflée ni turgescente ; elle reste au même niveau que le plan rétinien. S'il existe des hémorrhagies, elles sont discrètes et disséminées, au lieu d'être nombreuses et confluentes. Enfin le processus inflammatoire a tendance à gagner les parties équatoriales de l'œil. » (Abadie, *De la névrite optique symptomatique des tumeurs cérébrales*, Union médicale, 24 septembre 1874.)

résultant du processus inflammatoire qui constitue la névrite initiale s'organisent, se rétractent, se resserrent, se condensent. D'une part, alors, elles atrophient les éléments vasculaires de la papille et du nerf optique. D'autre part, elles en atrophient également les éléments nerveux, qui ne tardent pas à s'amincir, à dégénérer, à disparaître. De la sorte, la papille et le nerf aboutissent finalement à une véritable *sclérose*, dans l'acception propre du mot.

Conséquences : 1° au point de vue physiologique, diminution progressive des fonctions visuelles ; amblyopie d'abord, puis cécité ; — 2° au point de vue ophthalmoscopique, modifications apportées dans les apparences objectives du fond de l'œil.

Quels signes traduisent à l'ophthalmoscope cette dégénérescence de la papille ? Les voici sommairement :

1° *Aspect blanc nacré de la papille*. — De rouge qu'elle était, la papille aboutit par étapes à revêtir l'apparence d'un disque blanchâtre, voire crayeux et nacré. Cet aspect nouveau est un résultat naturel de l'oblitération des capillaires sous l'influence de la sclérose.

2° *Atrophie parallèle de l'élément vasculaire :* artères devenant de plus en plus grêles, filiformes ; — veines amincies, tout en restant tortueuses, parfois même dilatées partiellement sur quelques points (1).

(1) Je n'ai fait que signaler ici les caractères les plus importants de l'atrophie papillaire consécutive à la névrite optique. Des détails plus amples se trouvent signalés dans les traités spéciaux d'ophthalmologie, auxquels je renvoie le lecteur. C'est ainsi, par exemple, que dans son excellent livre sur les *Maladies des yeux* le docteur Galezowski insiste de la façon suivante sur diverses particularités différentielles de cette forme d'atrophie :

« L'atrophie consécutive à la névrite optique, dit-il, est caractérisée par les contours irréguliers, frangés, mal limités, du disque optique...

En résumé, donc : dans une première étape de la maladie, lésions de *névrite optique ;* — dans une étape consécutive et ultime, lésions d'*atrophie papillaire ;* — telles sont les indications fournies par l'examen ophthalmoscopique.

Or, quelle est la valeur de ces indications au point de vue qui nous intéresse spécialement ? C'est là ce qu'il importe de bien établir.

Les signes ophthalmoscopiques que nous venons de signaler ont une signification précise. Ils témoignent, comme cause productrice, d'une lésion située en arrière du nerf optique, d'une lésion encéphalique, cérébrale

La papille, au lieu d'avoir ses contours bien tranchés comme dans une atrophie simple, se présente sous forme d'un disque irrégulier, couvert près de ses bords par une exsudation organisée... Elle n'a jamais une forme régulière ; elle est le plus souvent ronde et d'un volume plus grand qu'à l'état normal. Souvent, à côté d'elle et au voisinage de la macula, on rencontre des exsudations blanches organisées, qui indiquent l'inflammation de la rétine existant à cette place concurremment avec la névrite optique, etc. »

De même, pour le docteur Abadie, « cette atrophie se présente d'ordinaire avec une physionomie particulière qui permet de reconnaître qu'elle est consécutive à une névrite. Les artères de la papille sont plus minces que dans l'atrophie simple. Les veines ont conservé un trajet sinueux, irrégulier, et sont dilatées sur certains points ; dans l'atrophie simple, au contraire, leur parcours est régulier, leur aspect uniforme. Dans l'atrophie secondaire, les bords de la papille restent diffus ; une teinte de transition les sépare du fond rouge de l'œil. Dans l'atrophie simple, le disque papillaire, très-blanc, est parfaitement distinct ; sa ligne de démarcation avec les parties voisines se détache avec plus de netteté que dans l'œil physiologique. A cette période, l'examen du fond de l'œil peut donc encore fournir des indications précieuses ; c'est ainsi que le docteur Charcot a rapporté une observation remarquable où la forme particulière de l'atrophie décida du diagnostic jusqu'alors en suspens entre une tumeur cérébrale et une forme anormale d'ataxie locomotrice. L'autopsie confirma le diagnostic. » (Travail cité, *Union médicale*, 1874.)

ou méningée. Ils accusent, comme origine de ces états morbides papillaires, une *lésion intra-crânienne*.

Ils ont cette signification, aussi singulière qu'importante. Mais ils n'en ont pas d'autre, notez bien ceci. Ils ne traduisent rien de plus précis, rien de plus spécial. En ce qui nous concerne, ils n'indiquent pas que la lésion cérébrale, origine de tels symptômes, soit ou non de nature syphilitique. Ils ne préjugent rien, en un mot, de la *nature* de cette lésion. Ils indiquent simplement l'existence d'une lésion en arrière du nerf optique, et c'est tout ; rien à en tirer au delà.

Et néanmoins, dans l'espèce, il s'y rattache une importance considérable. C'est qu'en effet ils apportent au diagnostic un élément des plus essentiels, en attestant comme origine des troubles oculaires l'existence d'une lésion *encéphalique*, c'est-à-dire en révélant un état des plus graves, et cela à une époque où cette lésion peut ne se traduire encore par aucun symptôme bien menaçant.

Soit, comme exemple, un malade commençant une syphilis cérébrale par des troubles oculaires du genre de ceux que nous venons de signaler. L'examen ophthalmoscopique fait constater sur lui l'existence d'une névrite optique nettement accentuée. De cette simple donnée surgit aussitôt tout un ensemble de révélations, de révélations à la fois diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. Car de là découle : 1° que les troubles oculaires sont reliés comme origine à une *lésion rétro-papillaire ;* — 2° que ces troubles ont pour origine une lésion *grave*, susceptible d'aboutir, en raison même de son siége, aux conséquences les plus redoutables ; — 3° que ces troubles doivent être attaqués d'urgence par

un traitement d'intensité proportionnelle à l'imminence du péril qu'il s'agit de conjurer.

Second exemple du genre, que je copie sur nature dans l'une de mes observations personnelles. Un malade se présente avec les symptômes suivants : d'une part, amblyopie ; et, d'autre part, accès récents d'épilepsie convulsive unilatérale. Que peuvent être de tels symptômes et à quoi les rattacher ? L'ophthalmoscope est consulté et révèle la variété de *névrite optique* qui accompagne usuellement, sinon toujours, les lésions cérébrales. Jugez quel appoint le diagnostic reçoit aussitôt de cette seule indication ! Il est acquis qu'une lésion existe en arrière des nerfs optiques. Dès lors il devient rationnel de rapporter à cette lésion non pas seulement les troubles oculaires, mais encore les accidents d'épilepsie. Voilà donc l'origine de cette épilepsie découverte du même coup. — D'autre part, le malade est un ancien syphilitique. N'est-il pas légitime de supposer que, sur un sujet syphilitique, une lésion cérébrale ait chance de dériver de la syphilis ? — C'est sur de telles bases, laissez-moi vous le dire pour achever l'observation, c'est sur un tel ensemble d'inductions successives que le diagnostic fut institué, et la thérapeutique avec lui. Or le résultat heureux qui suivit, la guérison complète et rapide du malade, vint confirmer pleinement ces prévisions (1).

De la sorte, vous le voyez, Messieurs, l'ophthalmo-

(1) Pour le docteur H. Jackson, la coexistence d'une névrite optique avec des accès d'épilepsie unilatérale attesterait, dans la plupart des cas, une lésion *syphilitique* des circonvolutions cérébrales. Avant de connaître cette proposition de notre distingué confrère, j'étais arrivé exactement à la même opinion, que je professe dans mes cours depuis nombre d'années.

scope n'est pas seulement appelé à fournir l'explication matérielle, anatomique, des troubles oculaires. Il rend un service de plus, et un service majeur, considérable, énorme, oserai-je dire, en révélant une lésion *cérébrale* comme origine de ces troubles optiques, non moins que comme origine des autres symptômes concomitants.

S'il en est ainsi, de là ressort pour nous une indication pratique des plus légitimes, des plus formelles. C'est que l'*ophthalmoscope doit être interrogé dans tous les cas où un malade entaché de syphilis commence à présenter tels ou tels symptômes se rattachant ou pouvant se rattacher à une syphilis cérébrale.*

Qu'il y ait urgence à consulter l'ophthalmoscope alors qu'on a affaire à un malade accusant des troubles oculaires, cela va de soi, cela est superflu à dire. Mais qu'il n'y ait pas urgence moindre à recourir au miroir *en l'absence même de toute altération visuelle*, voilà ce qui, de prime abord, peut exciter quelque surprise, et voilà ce qui n'est pas moins bien démontré par l'observation.

Et comment l'ophthalmoscope peut-il donc être utile alors que l'intégrité anatomique du fond de l'œil semble une conséquence implicite de l'intégrité fonctionnelle de la vision? C'est que la vision, chose curieuse, peut rester intacte en dépit de lésions papillaires plus ou moins accentuées. C'est que la *névrite optique, voire une névrite optique bien formelle, bien constituée, n'est pas incompatible avec la conservation de l'acuité visuelle.* Plusieurs observateurs, en effet, ont été souvent surpris, en pratiquant d'une façon systématique l'examen du fond de l'œil sur tous leurs malades, de trouver des névrites optiques chez des sujets qui n'accusaient aucune

diminution, aucun trouble de la vision (1). H. Jackson et d'autres ont cité maints exemples de ce genre ; et ce fait assurément inattendu, presque paradoxal, de l'intégrité visuelle coïncidant avec des altérations de névrite optique, est aujourd'hui pleinement accepté, confirmé par les ophthalmologistes les plus compétents.

« A part les ophthalmologistes de profession, a dit H. Jackson que je me plais à citer ici textuellement, peu de médecins consentent à admettre qu'un malade puisse, avec une névrite optique grave, conserver la vision intacte, assez intacte pour lire les plus fins caractères d'imprimerie... Eh bien ! la névrite optique double se rencontre fréquemment avec une intégrité complète de la vision. J'ai répété cela à satiété, mais j'avoue que c'est une chose *dure à croire* (*hard to believe*)... Dire qu'une névrite optique aiguë peut coexister avec une conservation parfaite de la vue, c'est émettre une proposition que beaucoup de praticiens étrangers à l'ophthalmologie taxeront d'absurde (*nonsensical*), et c'est émettre pourtant une proposition absolument vraie, etc. (2). »

Conséquence toute naturelle, en ce qui nous concerne : il faut, il est indispensable que tout malade syphilitique, venant à présenter quelque symptôme d'ordre cérébral, soit soumis à l'examen ophthalmoscopique, et qu'il y soit soumis *systématiquement*, « par routine », comme dit Jackson. Qu'il accuse ou non des troubles oculaires, n'importe. *Dans tous les cas, indistinctement, l'examen du fond de l'œil est de rigueur.*

(1) V. Abadie, travail cité.

(2) *A Physician's Notes on ophthalmology*, pages 7 et 24.

Car c'est là le seul moyen de ne jamais laisser échapper les indications diagnostiques qui peuvent résulter de l'exploration oculaire.

Supposez que, grâce à l'ophthalmoscope, une lésion cérébrale soit découverte de bonne heure, quel service rendu au malade, et quelle condition propice au traitement!

Donc, la règle pratique est ici formelle, absolue. Je la recommande à vos souvenirs.

3° *Nerf facial.* — Dans un certain nombre de cas, l'hémiplégie faciale vient prendre place parmi les symptômes qui marquent le début ou les premiers temps de la syphilis cérébrale.

Soudaine ou rapide d'invasion, elle consiste presque toujours en une paralysie *partielle*, qui notamment a pour caractère de laisser indemne l'orbiculaire palpébral.

Quelquefois intense ou même complète, elle affecte plus souvent une forme légère, ébauchée, simplement parétique, quitte à se confirmer et à s'aggraver plus tard, si elle n'est pas combattue à temps par un traitement approprié.

Tantôt elle est éphémère, comme lorsqu'elle succède à une crise épileptique. Tantôt, au contraire, elle est persistante; et, alors, elle ne tarde guère généralement, si elle est abandonnée à son évolution propre, à se compliquer d'autres phénomènes de même ordre, surtout de paralysies oculaires ou d'hémiplégie des membres. Le plus souvent, en effet, cette hémiplégie faciale n'est, à vrai dire, que l'expression préalable d'une hémiplégie totale; c'est, en termes techniques, un segment d'hémiplégie dissociée.

A titre de particularité exceptionnelle, signalons la possibilité de paralysies limitées à une branche du facial. J'ai vu, dans un cas, l'orbiculaire palpébral être seul affecté. Sur une autre malade, dont je vous parlerai bientôt, le voile palatin était seul intéressé (et intéressé d'une façon intense), toutes les autres branches du nerf restant indemnes. Dans ce dernier cas, la paralysie du voile s'était produite subitement, en coïncidence avec une glossoplégie et une monoplégie brachiale, l'une et l'autre très-fortement accentuées.

4° *Grand hypoglosse.*—Rappelons d'abord ces parésies passagères de la langue que nous avons déjà décrites à propos de la forme congestive et qui s'accusent par des embarras subits de la parole, du balbutiement, du bégaiement transitoire ou peu durable ; phénomènes parfois imputables à un trouble psychique, mais parfois aussi se reliant de toute évidence à un trouble moteur.

En second lieu, des parésies linguales ont été observées plus d'une fois en connexion avec l'aphasie. C'est là un point que nous avons suffisamment établi dans une de nos conférences précédentes (1) pour n'avoir pas à y revenir.

Troisièmement, dans les cas d'hémiplégie un peu intense, la parésie latérale de la langue est un fait très-habituel.

Enfin, exceptionnellement, on a vu des paralysies complètes, absolues, de la langue, se produire à la suite d'un ictus violent. Tel a été précisément le cas de la malade dont je vous parlais en dernier lieu. Chez cette

(1) V. page 252.

femme, la langue était paralysée à ce point que non-seulement elle ne pouvait plus être tirée hors de la bouche, mais qu'elle était incapable du plus léger mouvement; elle était littéralement *immobilisée* sur le plancher buccal.

Je pourrai être bref sur ce qui concerne les localisations relatives aux autres paires crâniennes; car ce ne sont plus là que des phénomènes exceptionnels, surtout en tant que symptômes d'ordre initial.

Des troubles de la *cinquième paire* ont été signalés en quelques cas, et l'on en a parfois trouvé l'explication nécroscopique dans une compression subie par le nerf au voisinage d'une gomme cérébrale ou méningée.

Sur l'un de mes malades, une syphilis cérébrale procéda de la façon suivante : d'abord, paralysie de la troisième paire; — quelque temps après, anesthésie d'une moitié de la face; — plus tard, troubles intellectuels, hébétude progressive et démence.

Un client de M. Ricord commença par éprouver de violentes douleurs dans une moitié de la face; — puis à ces phénomènes névralgiques succéda bientôt une anesthésie complète des mêmes parties; — consécutivement survint une hémiplégie. Traitement par l'iodure de potassium, et guérison.

Un cas bien plus curieux encore, relaté par Moxon (1), nous montre le nerf de la cinquième paire affecté à la fois dans ses filets sensitifs et ses filets moteurs. « Après des crises de céphalée violente, un malade fut pris d'une paralysie de la troisième paire gauche, puis d'une paralysie

(1) *Transactions of the clinical Society of London*, novembre 1871.

de la cinquième paire du même côté, avec engourdissement de la main droite... Lors de son entrée à l'hôpital, il avait perdu la sensibilité au contact sur toute la moitié gauche de la face ; il ne sentait pas le goût d'un grain de sel déposé sur la moitié gauche de la langue ; il ne pouvait faire usage de ses *muscles masticateurs* gauches, etc... » Soumis à l'iodure de potassium, il guérit rapidement.

Quant aux troubles de l'*odorat*, autant ils sont fréquents dans les syphilis osseuses, affectant le squelette des fosses nasales, autant ils sont rares dans la syphilis intra-crânienne. On ne les trouve guère signalés que dans un très-petit nombre d'observations, comme conséquence de compressions exercées sur le nerf olfactif par des tumeurs. Je n'en ai pas encore observé d'exemple pour ma part, du moins dans les premières étapes de la maladie.

Enfin une de mes malades, affectée d'exostoses crâniennes et de gommes cutanées, présenta comme phénomènes initiaux d'une syphilis cérébrale divers phénomènes semblant bien se rattacher à un trouble de fonctions du *pneumogastrique*, à savoir : vomissements répétés, opiniâtres, incoercibles, et se produisant d'une façon spéciale, sans efforts, « par fusées » ; — anxiété respiratoire continue et intense ; — ralentissement très-notable du pouls. — De même, sur un malade affecté de syphilis cérébrale, M. Broadbent a cru pouvoir rapporter à une irritation du pneumogastrique un hoquet d'une persistance singulière (1).

(1) V. *The Lancet*, 1876.

II

Monoplégies.

Les monoplégies sont très-communes dans la syphilis cérébrale, et très-souvent aussi elles en constituent des symptômes initiaux. Elles devraient donc trouver ici une large place, si, pour la plupart, leur histoire ne se confondait avec celle de l'hémiplégie qui nous occupera très-prochainement. Le plus souvent, en effet, ces monoplégies ne sont que des hémiplégies momentanément dissociées, qui se complètent dans une étape ultérieure de la maladie.

Elles figurent dans les premiers temps de la syphilis cérébrale sous deux formes très-inégales comme fréquence, à savoir :

Sous forme de *parésies transitoires*, fugaces, tout au moins peu durables ;

Et sous forme de *paralysies vraies*, fixes, persistantes.

1° La première forme est aussi commune que la seconde est rare. C'est ainsi qu'en nombre de cas (je vous en ai déjà cité plusieurs exemples), on voit prendre place au nombre des premiers symptômes de la syphilis cérébrale des engourdissements passagers dans les membres, des parésies générales ou partielles d'un bras, d'une jambe, d'un côté du visage. Rappelez-vous, comme exemple, l'observation de ce jeune homme qui,

un jour, s'aperçoit en chassant qu'il ne peut plus soutenir son fusil de la main gauche ; cette main est devenue subitement « comme engourdie, comme à moitié morte » ; elle ne peut plus serrer, tenir un objet, le manier avec sûreté. Le membre inférieur du même côté et la face restent d'ailleurs indemnes. Effrayé de cet accident, le malade s'empresse de rentrer chez lui, se couche, s'endort, et se réveille quelques heures plus tard absolument guéri.

Des faits identiques ou analogues se trouvent reproduits, je le répète, dans un grand nombre d'observations.

2° La seconde forme (monoplégie paralytique, monoplégie à paralysie vraie) est relativement exceptionnelle.

Il se peut qu'elle apparaisse absolument isolée, c'est-à-dire à l'état de paralysie exclusivement limitée à un segment d'une moitié du corps, au bras ou à la jambe par exemple. Cela est très-rare, et, pour ma part, je n'ai observé jusqu'à ce jour qu'un seul cas bien authentique de ce genre. Ce cas est relatif à un malade (actuellement couché au numéro 38 de la salle Saint-Louis) qui commença une syphilis cérébrale par les trois ordres de phénomènes suivants : hésitations de la parole, amnésie, et *paralysie du bras gauche*. Chez ce malade, les phénomènes paralytiques se localisèrent d'emblée dans le bras gauche, alors que le membre inférieur et la face restaient absolument indemnes ; et depuis lors ils ne se sont pas irradiés hors de leur siége primitif, en l'absence même de toute médication répressive (1).

(1) Mon collègue et ami le docteur Besnier m'a communiqué un fait du même genre. Un de ses clients, anciennement syphilitique, a été

Ce qui est plus habituel, au contraire, c'est que la monoplégie succède à une ou plusieurs tentatives d'hémiplégie généralisée, mais transitoire, éphémère. Tout d'abord, le processus paralytique paraît tendre à constituer une hémiplégie ; mais cette hémiplégie se dissipe, s'efface, et, si je puis ainsi parler, se concentre sur un segment du corps où apparaît une monoplégie durable, persistante, voire définitive, si le traitement n'en fait pas justice.

Exemple du genre : un de mes malades commence par éprouver à trois reprises, dans le courant de juin 1870, un engourdissement de la main gauche et de la langue. Il ne se traite pas ou ne se traite que d'une façon insignifiante. En octobre, il est frappé pendant trois ou quatre heures « d'une sorte de paralysie légère qui occupe toute la moitié gauche du corps ». Finalement, en novembre, sa jambe gauche se paralyse complétement. Et, quand je le vois pour la première fois à cette époque, je constate ceci purement et simplement : une monoplégie affectant le membre inférieur gauche, avec intégrité absolue du bras et de la face du côté correspondant. — Traitement spécifique, et guérison.

Enfin, comme dernier détail, spécifions qu'en certains cas, plus rares encore, on a vu ces monoplégies se circonscrire d'une façon singulière, au point de ne plus affecter qu'une étendue minime. C'est ainsi que vous trouverez quelques observations relatives à des para-

frappé, consécutivement à une sorte d'ictus épileptiforme, d'une monoplégie du bras gauche. Cette monoplégie était complète, absolue, mais elle respectait la sensibilité. Elle résista au traitement spécifique, ainsi qu'à l'électricité, et devint définitive.

lysies partielles n'intéressant qu'un segment d'un membre, la main, quelques doigts, voire un doigt seul, etc. Un malade que je traite actuellement et qui a été sujet plusieurs fois à des hémiplégies post-épileptiques de forme tout à fait passagère, conserve dans le pouce du côté affecté une faiblesse permanente, avec engourdissement notable de la sensibilité. Et c'est là le seul, l'unique phénomène qu'aient laissé après elles plusieurs crises hémiplégiques.

Ces derniers faits sont assurément curieux et méritent d'être cités ; car, ainsi que je vous l'ai dit plusieurs fois et que j'aurai encore à vous le répéter, la bizarrerie des localisations paralytiques est une particularité remarquable dans la syphilis cérébrale. Mais ne perdez pas de vue que ce sont là des faits relativement rares, par rapport aux grands phénomènes qui nous ont occupés jusqu'ici, par rapport surtout à l'hémiplégie qui se présente actuellement à notre étude et dont nous aborderons l'histoire dans notre prochaine réunion.

SEIZIÈME ET DIX-SEPTIÈME LEÇONS

VI. — FORME PARALYTIQUE

(SUITE)

III. — Hémiplégie.

I. Fréquence de l'hémiplégie dans la syphilis cérébrale. — Époque d'apparition. — Hémiplégie secondaire. — Hémiplégie tertiaire. — Variétés. — Causes anatomiques : lésions d'ordre spécifique et lésions d'ordre commun. De là deux classes d'hémiplégies : *hémiplégie syphilitique* proprement dite, et *hémiplégie syphilitique indirecte*. — Intérêt majeur se rattachant à cette division.

II. Étude clinique. — *Prodromes*. — Absence possible, mais exceptionnelle, de tout phénomène précurseur. — Prodromes divers : 1° *Céphalée*. — La céphalée constitue un prodrome très-habituel, mais non constant. — Variétés comme caractères cliniques, comme échéance, comme durée, etc. — Importance excessive de la céphalée en tant que symptôme prémonitoire. — 2° Troubles d'ordre congestif. — 3° Troubles de motilité : faiblesses passagères des membres; embarras de la langue; parésies et paralysies durables. — 4° Troubles de la sensibilité générale. — 5° *Hémiplégies prodromiques* fugaces, préludant à l'hémiplégie permanente.

III. *Modes d'invasion*. — Deux modes : invasion soudaine ou progressive.

1° Hémiplégie *soudaine*. — Deux variétés : forme exceptionnelle à début apoplectique; — forme commune à début caractérisé par un ictus purement résolutif, sans perte de connaissance.

2° Hémiplégie *progressive;* — progressive soit comme intensité

croissante, soit comme extension croissante de troubles paralytiques. — Association fréquente de ces deux types.

IV. Symptômes de l'hémiplégie confirmée.

1° Troubles de motilité : Hémiplégie presque toujours *incomplète*, souvent même constituée par une simple parésie. — Hémiplégie fréquemment *partielle* ou *inégale* d'un membre à l'autre. — Exemples.

2° Troubles de sensibilité. — Une erreur à combattre. — La qualité syphilitique de la lésion cérébrale n'exerce aucune influence sur la production et la non-production des troubles sensitifs. — État habituel de la sensibilité dans l'hémiplégie syphilitique. — Cas exceptionnels d'*hémianesthésie* générale et sensorielle, d'hyperesthésie, de perversion de sensibilité thermique, etc.

3° Intelligence. — Deux types très-différents : hémiplégie indemne de tous troubles psychiques; — hémiplégie associée à des troubles intellectuels, variables de forme et de degré. — Très-souvent l'attaque hémiplégique marque le début d'invasion d'une déchéance intellectuelle progressive.

Symptômes divers, susceptibles de s'ajouter aux phénomènes d'hémiplégie : aphasie ; — amnésie ; — paralysies oculaires ; — troubles sensoriels ; — contractures, etc.

V. Formes particulières. — Hémiplégie *alterne*. — Hémiplégie combinée à des symptômes d'ordre médullaire. — *Hémiplégie intermittente*, à répétition. — Exemple clinique : quinze accès d'hémiplégie passagère dans l'espace de deux mois. — Hémiplégie *double*. — Ses caractères habituels ; ses causes anatomiques.

VI. Diagnostic. — Absence de tout signe pathognomonique appartenant d'une façon exclusive à l'hémiplégie de la syphilis. — Rien autre qu'un certain nombre de particularités propres à éveiller le soupçon de spécificité : comme prodromes, céphalée, paralysies fugaces, accès épileptiques ; — comme symptômes, absence d'ictus apoplectique ; caractère d'hémiplégie se produisant souvent d'une façon lente, progressive ou successive ; caractère d'hémiplégie fréquemment incomplète et partielle. — L'hémiplégie de la syphilis est *moins pure* comme type paralytique que la plupart des hémiplégies vulgaires. — Des associations insolites de paralysies de divers siéges constituent une présomption de spécificité. — Autres éléments diagnostiques : coïncidence possible d'accidents syphilitiques de siége différent ; — considération majeure tirée de l'*âge* des malades. — Statistique. — Toute hémiplégie survenue avant quarante-cinq ans, *à fortiori* toute hémiplégie survenue sur un sujet jeune, a de nombreuses chances pour dériver d'une origine syphilitique. — Critérium diagnostique fourni par le traitement.

Conclusion pratique : l'art n'aboutit, relativement à l'hémiplégie syphilitique, qu'à un *diagnostic de probabilité*. — Nécessité de

régler l'intervention thérapeutique sur les seules données rationnelles dont nous puissions disposer.

Résumé.

Messieurs,

L'hémiplégie est le dernier type paralytique que nous ayons à étudier, et c'est à coup sûr le plus important de tous à divers égards : le plus important, en raison de sa fréquence, de l'étendue des parties qu'il affecte, de la gravité des symptômes qui l'accompagnent le plus souvent, et des lésions qu'il traduit. Il réclame donc de nous une attention minutieuse et va exiger de longs développements.

I

I. — Au point de vue de la *fréquence*, l'hémiplégie se présente comme une des paralysies les plus communes de la syphilis. Elle figure dans un très-grand nombre d'observations d'encéphalopathies spécifiques, comme vous pourrez vous en convaincre en parcourant les monographies déjà publiées sur la matière. Pour ma seule part, j'en ai recueilli plus d'une soixantaine de cas depuis une douzaine d'années, à ne parler même que de ceux sur lesquels j'ai conservé des notes précises, qui serviront de base à l'exposé suivant.

II. — A quelle époque de la syphilis appartient l'hémiplégie ?

L'hémiplégie appartient essentiellement à la période *tertiaire* de la diathèse. Cela est indéniable ; cela résulte

d'une foule d'observations qu'il serait vraiment superflu de produire ici.

Est-ce à dire cependant que l'hémiplégie ne se rencontre que dans la période tertiaire exclusivement? Non pas. On l'a observée d'une façon très-positive, très-authentique, dans la période *secondaire*. Déjà, en 1873, je relatais six cas d'*hémiplégie secondaire*, s'étant produits du sixième au dix-neuvième mois de la maladie (1), et de-

(1) Il ne sera peut-être pas inutile de reproduire ici les quelques considérations suivantes, relatives à l'*hémiplégie secondaire*. Je les emprunterai à l'une de mes publications antérieures :

«... J'ai déjà vu pour ma part une demi-douzaine de jeunes sujets syphilitiques être pris d'hémiplégie dans le cours de la *période secondaire*, à une époque même peu avancée de cette période, telle que le sixième mois par exemple. Or les conditions dans lesquelles ces hémiplégies s'étaient produites ne pouvaient guère en laisser douteuse la nature spécifique. D'une part, les sujets affectés étaient tous jeunes, à la fleur de l'âge ; ils ne présentaient aucune lésion du cœur ou des vaisseaux, aucune prédisposition héréditaire, personnelle, professionnelle ou autre, aux maladies du cerveau. D'autre part, ils avaient été frappés en plein état de santé, sans la moindre cause incidente, à la suite d'accès violents de céphalée, et presque toujours coïncidemment avec des poussées plus ou moins intenses de la diathèse. Enfin, dans tous les cas, ces hémiplégies guérirent d'une façon complète et rapide sous l'influence du traitement mixte, concurremment avec les autres manifestations de la maladie, et ne furent suivies d'aucun trouble cérébral. Je ne saurais donc, quant à moi, conserver la moindre arrière-pensée sur la spécificité de leur origine, sur leur nature syphilitique.

« Il s'en faut, Messieurs, que l'hémiplégie secondaire soit admise par nos classiques, et longtemps encore elle sera discutée. Son histoire d'ailleurs ne peut qu'être ébauchée actuellement. Ce que j'en sais, pour ma part, se résume à ceci :

« D'abord, elle se produit sans attaque, c'est-à-dire sans cette espèce de sidération subite à laquelle on donne vulgairement le nom d'apoplexie, de coup de sang. Les malades, au moment où ils sont frappés, ne tombent pas, ne perdent pas connaissance, ne passent pas soudainement de l'état de santé à l'état de collapsus, de résolution générale. Tout se passe au contraire sans fracas, sans *ictus*, lentement, sourdement, de la façon suivante. Dans les jours qui précèdent la paralysie, les malades sont généralement obsédés par un mal de tête violent, gravatif, continu, « absorbant ». Ils sont comme engourdis, hébétés ; ils éprouvent des

puis lors j'en ai recueilli deux autres semblables. On a même vu, dit-on, l'hémiplégie apparaître comme symptôme d'infection jusque dans le quatrième mois de la diathèse. Rien de bien étonnant à cela, du reste. Car,

vertiges, des éblouissements. Quand ils marchent, on s'aperçoit, comme ils le disent eux-mêmes du reste, qu'ils ne sont plus « solides sur leurs jambes ». Puis, la sensation de vertige devient plus intense ; — une des jambes commence à traîner dans la marche ; des faux pas, des heurts, des chutes se produisent ; — le bras du même côté s'alourdit, ne se meut qu'au prix d'un certain effort, n'est plus soulevé qu'avec peine ; la bouche se dévie, insensiblement d'abord, puis d'une façon de plus en plus marquée. Tout cela se fait sans secousse, tout cela s'accomplit graduellement en l'espace d'un ou de deux jours, en l'espace de quelques heures même parfois, sans autres phénomènes qu'un état de malaise général et de torpeur plus ou moins accentuée.

« Ces troubles de motilité continuant à s'accroître, l'hémiplégie se trouve bientôt confirmée. Elle n'est jamais complète, absolue. Ainsi, le membre inférieur, bien qu'incapable de soutenir le poids du corps, reste susceptible de certains mouvements ; — le supérieur, très-diminué comme force, peut encore se soulever ; — impuissants à serrer, à saisir un objet, les doigts conservent quelque motilité ; — la paralysie faciale n'est également que partielle ; l'œil (comme dans les hémiplégies d'origine cérébrale) peut se fermer ; la parole n'est embarrassée que pour l'articulation des consonnes labiales, etc. La bouche, en revanche, est toujours fortement déviée, et la distorsion des traits, surtout dans le rire ou les grands mouvements de la face, est des plus marquées.

« Je n'ai pas trouvé que la sensibilité fût compromise parallèlement à la motilité.

« Quant aux autres fonctions, elles restent à peu près indemnes ou ne sont influencées sympathiquement que d'une façon légère et sans intérêt.

« En ce qui concerne l'évolution ultérieure, j'ai toujours vu l'hémiplégie secondaire, sous l'influence du traitement spécifique, s'amender et se dissiper complétement en quelques semaines.

« Dès le premier ou le second septénaire, l'action de ce traitement se traduit par une amélioration notable et rapide dans les mouvements des membres, tandis que relativement la déviation de la bouche n'est que peu modifiée. Au delà, l'influence thérapeutique ne s'exerce plus que d'une façon relativement lente. La distorsion labiale est le dernier phénomène à disparaître. »

(*Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, Paris, 1873, p. 808 et suivantes.)

de notoriété commune, il est certains cas où les accidents de la syphilis devancent plus ou moins leur échéance usuelle. Chacun sait qu'on voit parfois des manifestations de forme éminemment tertiaire, telles que des syphilides ulcéreuses ou des gommes, faire invasion à une époque peu distante du début de la contagion. De même, pour des raisons identiques, les localisations cérébrales de la diathèse ont bien le droit de se produire d'une façon plus ou moins prématurée. Il est une syphilis cutanée précoce; pourquoi n'existerait-il pas aussi, parallèlement, une *syphilis cérébrale précoce?*

Mais les cas de ce genre, hâtons-nous de le dire, ne se présentent que rarement à l'observation. On les remarque d'autant plus qu'ils sont rares, voilà tout.

La règle, au contraire, c'est que l'hémiplégie ne se manifeste qu'à une étape plus avancée de la diathèse, en pleine période tertiaire. Ainsi :

1° D'après mes statistiques personnelles, ce serait *de la troisième à la dix-huitième année* qu'elle s'observe le plus habituellement. Les deux tiers des cas recueillis par moi se rangent, en effet, dans ces limites.

2° De plus, — toujours d'après les mêmes statistiques, — ce serait *entre la sixième et la dixième année* que l'hémiplégie se présente avec son maximum de fréquence.

3° Au delà de la dixième année, sa fréquence est encore assez notable jusqu'à la quinzième. Passé ce terme, elle décroît, et cela d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du début de l'infection.

4° Enfin l'hémiplégie peut se rencontrer encore à une étape très-reculée de la diathèse. On l'a signalée après

20, 25, 27, voire 30 ans d'infection. Mais ce ne sont plus là que des cas très-clair-semés, tout à fait exceptionnels.

III. — L'hémiplégie est loin d'apparaître dans la syphilis cérébrale au titre de phénomène toujours identique comme importance, comme durée, comme échéance chronologique, etc.

Tantôt, en effet, nous la verrons constituer le symptôme principal, prédominant, de la scène morbide (c'est là, par excellence, l'ordre de cas composant ce qu'on peut appeler la *forme hémiplégique* de la syphilis cérébrale) ; — et tantôt nous la trouverons reléguée au second plan, subordonnée à d'autres symptômes d'importance plus considérable, presque effacée comme phénomène clinique.

D'autre part, tantôt elle se présente comme symptôme stable, fixe, durable, trop souvent même définitif à des degrés divers ; — et tantôt, inversement, elle se réduit au rôle d'un accident passager, transitoire, fugace, purement épisodique, si je puis ainsi parler. Exemple, cette hémiplégie post-épileptique dont il a été déjà question précédemment.

Mêmes variétés relatives à la date d'invasion. Ici l'hémiplégie entre en scène d'emblée, comme l'un des premiers phénomènes, ou même comme le phénomène absolument *initial* d'une syphilis encéphalique. — Là elle n'apparaît plus qu'au titre de symptôme consécutif, chronologiquement *moyen*, par rapport à l'ensemble morbide. — Ailleurs, enfin, elle ne sert plus que de dénouement ; c'est un symptôme *ultime* en quelque sorte, qui termine une situation pathologique

Telles sont les diverses formes sous lesquelles nous aurons à envisager successivement l'hémiplégie.

IV. — Quelles *causes anatomiques* préparent et déterminent l'hémiplégie ?

L'hémiplégie, cela va sans dire, résulte de la lésion d'un centre ou d'un tractus moteur encéphalique.

Mais cette lésion du parenchyme cérébral d'où dérive l'hémiplégie est variable comme nature ; et c'est là le seul point sur lequel je désire revenir actuellement, après les notions d'anatomie pathologique qui ont trouvé leur place naturelle au début de ces conférences.

Elle varie, dis-je, comme nature en ce sens qu'elle est tantôt d'ordre *spécifique*, et tantôt d'ordre *non spécifique*, *vulgaire*. Précisons.

Les hémiplégies qui se produisent chez les sujets syphilitiques — et du fait même de la syphilis, bien entendu — reconnaissent comme causes anatomiques deux ordres de lésions très-différentes, à savoir :

Soit des lésions d'essence spécifique, syphilitique ;

Soit des lésions d'essence commune ou vulgaire.

De là suit que, relativement à leurs lésions déterminantes, les hémiplégies de la syphilis doivent être divisées en deux classes, de la façon suivante :

1° Hémiplégies syphilitiques proprement dites ;

2° Hémiplégies syphilitiques indirectes.

Je m'explique, car ceci doit être bien compris et ne le serait peut-être pas suffisamment sans un commentaire nouveau.

L'hémiplégie syphilitique vraie, proprement dite, est celle qui résulte directement, immédiatement, de lé-

sions syphilitiques survenues dans le parenchyme cérébral.

Ainsi : une production syphilitique quelconque — scléreuse ou gommeuse, peu importe — occupe un point du cerveau, et détermine de son fait une hémiplégie. Voilà une hémiplégie *syphilitique* par excellence, une hémiplégie *syphilitique* incontestable, indéniable. Comment voudriez-vous la qualifier autrement, si vous lui refusiez ce nom ?

Au contraire, je suppose une tumeur syphilitique, une gomme par exemple, située au voisinage d'une artère importante, et comprimant, oblitérant cette artère. Comme résultat de cette compression, de cette oblitération vasculaire, un département cérébral s'ischémie, s'altère, se désorganise, se ramollit. Et alors, comme conséquence de cette conséquence, apparaît une hémiplégie. Est-ce là une hémiplégie *syphilitique?* Est-on autorisé à qualifier de syphilitique une hémiplégie qui s'est produite par ce mécanisme ? Non, évidemment.

Sans doute la syphilis est bien la cause première, la cause originelle de cette hémiplégie. Car, s'il n'y avait pas eu syphilis, il n'y aurait pas eu tumeur pour comprimer une artère ; et, s'il n'y avait pas eu compression artérielle, le ramollissement et l'hémiplégie à sa suite n'auraient pas eu occasion de se produire. Mais qui ne voit que, dans cette cascade de phénomènes successifs, l'influence syphilitique s'efface et disparaît ? Dans une saine interprétation des choses, le ramollissement d'où procède ici l'hémiplégie n'est plus une lésion syphilitique ; c'est une lésion *commune*, une lésion *vulgaire*, déterminée par une oblitération artérielle, et complétement

identique en fait à tout ramollissement ischémique, quelle qu'en soit la cause. Or, simple effet, simple traduction clinique de ce ramollissement, l'hémiplégie ne dérive plus de la syphilis, dans de telles conditions, que d'une façon *indirecte, médiate*. Elle ne saurait donc plus être taxée d'hémiplégie syphilitique, dans une nomenclature exacte, puisque, à vrai dire, la syphilis n'en est plus que la raison éloignée.

Autre exemple. Soit une de ces méningites scléreuses que je vous ai décrites précédemment comme susceptibles d'aboutir à atrophier, à supprimer cette circulation capillaire si fine, si délicate, que tamise la pie-mère avant de la distribuer à la substance grise des circonvolutions. De cet état anatomique résulte une ischémie, une dénutrition progressive, une désorganisation de cette substance grise. Conséquence clinique : troubles fonctionnels variés du cerveau, et même, si un centre moteur cortical se trouve affecté, *hémiplégie*. Or, est-ce là encore une hémiplégie syphilitique ? Pas davantage. Car, pour les mêmes raisons que je viens de dire, la syphilis en pareil cas n'est, comme dans l'exemple précédent, que la cause éloignée de cette hémiplégie, dont la véritable cause, la raison anatomique directe, réside dans une lésion vulgaire, dans une lésion commune, à savoir : un ramollissement ischémique pur et simple, servant de trait d'union entre la syphilis et l'hémiplégie.

Ainsi doivent être interprétées et envisagées certaines hémiplégies des sujets syphilitiques, hémiplégies dérivant bien de la syphilis comme cause première, mais reconnaissant comme cause anatomique une lésion d'ordre commun, d'ordre non spécifique, une lésion *vulgaire* en un mot.

Eh bien! c'est à cet ordre d'hémiplégies que je donne le nom d'*hémiplégies syphilitiques indirectes*. Et il convient, je crois, de leur appliquer ce nom, cette désignation spéciale, pour bien les différencier des hémiplégies syphilitiques vraies, de celles qui ont à la fois et leur origine causale et leur raison anatomique dans une lésion syphilitique du parenchyme nerveux.

N'est-ce là qu'une question de mots? Gardez-vous de le croire, Messieurs. Si j'ai insisté sur cette distinction comme je viens de le faire, c'est qu'elle comporte un intérêt véritable, un intérêt sérieux. La différence des noms répond ici à une différence capitale dans les choses. Très-inégales, en effet, comme pronostic et comme curabilité se présentent les deux formes d'hémiplégie que je viens de spécifier. L'une, l'hémiplégie syphilitique vraie, est ou peut être justiciable du traitement de la vérole, parce qu'elle résulte directement de lésions syphilitiques, exclusivement syphilitiques. L'autre, inversement, n'obéit plus à ce traitement, parce qu'elle résulte de lésions *cérébrales* n'ayant rien de syphilitique, n'ayant plus rien à voir avec la vérole, et sur lesquelles en conséquence le traitement de la vérole n'exerce aucune action. Que voulez-vous attendre de ce traitement contre une oblitération vasculaire, contre un ramollissement ischémique? Donc, en somme, si nous pouvons avoir espoir de guérir la première de ces hémiplégies, parce que nous disposons contre elle de ressources puissantes, nous n'avons pas les mêmes armes contre la seconde; et la différence, vous le voyez, mérite bien à coup sûr d'être signalée (1).

(1) Je ne dis pas, certes, que l'hémiplégie syphilitique *indirecte* n'ait rien à attendre du traitement spécifique. Si ce traitement intervient

Cette différence, d'ailleurs, est tellement vraie, tellement légitime, qu'elle peut servir parfois d'élément diagnostique et permettre de préjuger l'ordre de lésions productrices d'une hémiplégie. C'est ainsi que plusieurs fois déjà, en présence d'hémiplégies réfractaires au traitement spécifique, j'ai émis l'opinion qu'elles devaient, suivant toutes probabilités, dériver de lésions *vulgaires*, consécutives à des lésions syphilitiques, qu'elles constituaient en un mot des hémiplégies *indirectes* par syphilis ; et les résultats de l'autopsie sont toujours venus confirmer mes prévisions.

Cela posé, hâtons-nous actuellement d'aborder le sujet qui nous intéresse le plus, nous cliniciens, et voyons tout d'abord quels symptômes composent la forme hémiplégique de la syphilis cérébrale.

II

Pour l'instant, nous avons à déterminer ceci : quels prodromes préludent à l'hémiplégie spécifique ; — comment débute l'accès hémiplégique ; — quels symptômes constituent l'hémiplégie confirmée. Plus tard, à propos

assez tôt, il peut être fort utile, en résorbant, en effaçant les lésions d'où procède médiatement l'hémiplégie. Mais notez que le fait même de l'hémiplégie implique dans le cerveau l'existence de lésions secondaires déjà plus ou moins avancées et de lésions d'ordre vulgaire sur lesquelles la médication spécifique n'a pas d'action. Forcément, donc, on est toujours *en retard* avec une hémiplégie indirecte, produite par le mécanisme que je viens de dire. Si l'oblitération vasculaire est acquise, si la désorganisation cérébrale qui constitue le ramollissement est accomplie, on aura beau guérir les lésions spécifiques qui ont déterminé ces lésions secondaires ; celles-ci n'en persisteront pas moins, et avec elles persisteront les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence.

des formes ultérieures, nous verrons ce que devient au delà et comment se termine cette hémiplégie.

I. — Premier point, très-essentiel, très-pratique : l'hémiplégie de la syphilis cérébrale est-elle ou non précédée de *phénomènes prodromiques?*

Il se peut que l'hémiplégie fasse invasion *d'emblée*, sans le moindre prodrome. Il se peut qu'elle surprenne un sujet en parfait état de santé actuelle; un sujet indemne du moindre trouble, indemne de tous les divers accidents dont je vais avoir à vous entretenir comme avant-coureurs habituels des hémiplégies syphilitiques.

C'est ainsi qu'un de mes malades, syphilitique depuis cinq ans, fut pris un beau jour, sans le moindre phénomène précurseur, d'une sorte d'ictus résolutif avec parésie hémiplégique de tout le côté droit, embarras de la langue, engourdissement de la sensibilité, etc.

De même pour un autre malade dont je vous ai déjà parlé (1). Ce jeune homme se rend, dans un état de santé parfaite, à un bal de noces où il danse une partie de la nuit. Subitement, au milieu d'un quadrille, il est pris « d'une faiblesse extraordinaire, avec impossibilité d'articuler un seul mot ». Il est sur le point de tomber, et c'est sa danseuse qui le soutient. On le rapporte chez lui *aphasique* et *hémiplégique* du côté droit.

Mais, si les cas de ce genre sont possibles et bien authentiques, ils sont extrêmement rares et ne constituent qu'une exception minime. Je n'en trouve guère plus de deux ou trois cas dans mes notes sur une soixantaine de malades bien observés à ce point de vue.

(1) V. page 246.

Et la règle, tout au contraire, le fait usuel, c'est que l'hémiplégie de la syphilis soit précédée de troubles divers, qui lui servent d'avant-coureurs, de *prodromes*.

Or, quels sont ces prodromes ? Voilà, Messieurs, un point majeur, un point qui réclame de nous une étude minutieuse ; car vous comprenez, sans que j'aie besoin de le dire, quel intérêt se rattache à la connaissance de ces phénomènes précurseurs, lesquels, reconnus et traités *à temps*, pourraient servir de sauvegarde, et cela en suscitant une médication capable d'en conjurer les conséquences ultérieures.

Ces prodromes sont ou peuvent être de plusieurs ordres. Ils se catégorisent naturellement, à ne parler que des principaux ou des plus fréquents, sous les quatre chefs que voici : céphalée ; — troubles congestifs ; — troubles moteurs ; — troubles sensoriels.

Venons aux détails.

1°. De ces divers phénomènes prodromiques, le plus commun et le plus frappant à la fois, c'est la *céphalée ;* — la céphalée sous telle ou telle des formes que nous lui avons reconnues précédemment, que je vous ai décrites tout au long, et qu'il serait par conséquent superflu de reproduire à nouveau.

La céphalée est *extrêmement commune* en tant que symptôme précurseur de l'hémiplégie syphilitique. Il ne faudrait pas cependant la donner pour « constante », comme l'ont avancé quelques auteurs ; car de nombreuses observations, accompagnées d'autopsies, protesteraient contre cette affirmation trop générale, en témoignant de l'absence possible de toute céphalée dans les cas les plus authentiques de syphilis cérébrale et d'hémi-

plégie. Mais, sans crainte d'exagération, on peut affirmer que la céphalée est pour le moins très-habituelle comme prodrome, au point de figurer à peu près dans les *trois quarts* des cas. Tel est le chiffre exact qui m'est fourni par ma statistique personnelle.

Cette céphalée est d'ailleurs assez variable comme caractère et comme degré de douleur, comme localisation ou généralisation, comme durée, etc., etc. Dans les cas les plus usuels, elle ne laisse pas d'être souvent remarquable par tel ou tel des caractères suivants, qu'il n'est pas rare non plus de rencontrer associés, à savoir :

Intensité notable, et parfois *violence extraordinaire*, presque significative, de la douleur de tête;

Exacerbations nocturnes plus ou moins marquées, parfois très-marquées;

Résistance aux agents anti-nerveux, aux narcotiques, aux « *calmants* » vulgaires (sulfate de quinine, opium, chloral, etc.);

Souvent encore, persistance singulière, *ténacité;* longue, très-longue durée.

Cette céphalée prodromique précède de plus ou moins loin l'accès d'hémiplégie. Parfois elle n'y prélude qu'à brève échéance, pendant quelques jours seulement. Plus habituellement, elle anticipe sur elle de plusieurs semaines, de deux à trois mois, voire davantage.

Il n'est pas rare encore que des crises intermittentes de céphalée figurent dans les antécédents de l'hémiplégie pendant une durée plus longue, c'est-à-dire pendant 6, 8 et 10 mois. Exemple : une de mes clientes de la ville, actuellement affectée d'hémiplégie, a souffert, pendant

les *six* mois antérieurs à son accès paralytique, d'une céphalée violente, à exacerbations nocturnes bien marquées, avec « abasourdissement continu » et somnolence insurmontable.

Signalons enfin un certain ordre de cas beaucoup moins communs, mais non moins remarquables, dans lesquels on a vu la céphalée précéder l'hémiplégie à très-longue échéance, pendant une année, deux années, voire « quatre ans et demi », comme sur une malade qui se trouve actuellement dans nos salles et dont je vous ai entretenus précédemment. Interrogez cette femme ; elle vous racontera que « pendant quatre ans et demi elle n'a pas cessé de souffrir de violents maux de tête, lesquels, déjà fort intenses dans les trois premières années, ont pris une acuité extrême dans les quinze à dix-huit mois qui ont précédé la paralysie ».

Déjà, à plusieurs reprises, j'ai appelé votre attention, relativement à diverses formes de syphilis cérébrale, sur cette CÉPHALÉE PRÉMONITOIRE. Ici plus que jamais je vous la signale, pour vous en montrer les conséquences possibles et vous convaincre de l'urgence d'un traitement énergique à diriger contre elle. Une céphalée de ce genre, sur un sujet syphilitique, doit toujours être attaquée et poursuivie *à outrance*. Car une telle céphalée guérie équivaut plus d'une fois, soyez-en sûrs, à une hémiplégie guérie en germe, guérie avant de naître, à une syphilis cérébrale enrayée dans son processus originel.

2° Second ordre de phénomènes prodromiques, encore extrêmement communs.

Ceux-ci consistent en tous troubles d'ordre congestif, à savoir :

Vertiges, étourdissements, éblouissements, se répétant à intervalles variables ; — parfois même, mais bien plus rarement, accès passagers d'obnubilation, de défaillance ; sortes d'ictus résolutifs à l'état d'ébauche ;

Sentiment de lassitude, de faiblesse générale, et plus spécialement de faiblesse dans les membres inférieurs ;

Alourdissement de tout l'être, physique et moral ; — somnolence, surtout à la suite des repas ; — engourdissement de l'intelligence ; aptitude moindre à un travail soutenu ; débilité de mémoire ; absences, etc. ; — caractère assombri ; — troubles sensoriels : vision confuse, jusqu'à l'amblyopie ; bourdonnements d'oreilles ; dureté de l'ouïe, quelquefois même véritable cophose.

Vous reconnaissez là, Messieurs, tous phénomènes précédemment décrits en détail à propos de la forme dite congestive. Je me contenterai donc de les signaler, sans commentaires nouveaux.

3° Fréquemment encore l'hémiplégie spécifique a pour prodromes divers *troubles de motilité*.

Les plus communs consistent en ceci : *faiblesses passagères* dans une région du corps, dans une main, dans un membre, dans les deux membres d'un côté, dans la langue ; — faiblesses très-peu durables, quelquefois fugaces comme l'éclair, d'autres fois persistant quelques minutes, au plus une demi-heure à une heure, rarement davantage.

C'est la main, par exemple, qui par instants devient soudainement maladroite, mal agile, qui ne peut plus

serrer, qui ne peut plus écrire, qui laisse tomber les objets;

Ou bien, c'est un membre inférieur qui, pris d'une sorte de défaillance musculaire subite, fléchit sous le poids du corps, semble « se dérober », comme disent les malades; — de là des ébranlements soudains d'équilibre, des titubations, des faux pas, des écarts, des heurts, etc.;

Ou bien encore (et cela d'une façon plus commune), c'est la *langue* qui s'embarrasse sur un mot, qui scande un mot, qui « fourche » sur une syllabe, comme on dit vulgairement; — de là des hésitations de la parole, du balbutiement, du bégaiement, etc.

Quelquefois les troubles parésiques de ce genre sont remarquables par leur circonscription singulière. On les a vus se limiter à quelques doigts, comme sur l'un de mes malades qui, préalablement à une hémiplégie gauche, éprouva plusieurs fois une « faiblesse surprenante dans les trois derniers doigts de la main gauche ». Ces doigts devenaient soudainement inertes, « comme morts »; ils laissaient échapper les objets, ils étaient incapables de tout mouvement. Cela durait quelques minutes seulement, après quoi tout rentrait dans l'ordre.

Signalons enfin, comme derniers troubles de cet ordre, des accès passagers de tremblement, circonscrits dans un membre, dans une main; — des trémulations vagues dans un segment du corps, etc.

Deux exemples, pris au hasard parmi beaucoup d'autres, suffiront à bien caractériser l'ordre de phénomènes en question ici.

Dans les trois mois qui précédèrent un accès d'hémiplégie, un de mes malades éprouva les divers troubles

suivants : plusieurs fois il fut sujet à des embarras passagers de la langue, ne durant guère au delà de quelques secondes. A ce moment, il sentait soudain sa langue « comme engourdie » ; il ne pouvait plus parler, ou bien il balbutiait, bégayait, « estropiait les mots », si bien qu'à plusieurs reprises ses amis se moquèrent de lui. — Deux fois il ressentit une sorte d'engourdissement semblable dans le bras droit, qui s'alourdissait subitement et semblait comme « mort » ; la main droite ne pouvait plus serrer, ne pouvait plus former les lettres ou ne les formait que d'une façon absolument incorrecte (1). — Un autre jour, il éprouva des phénomènes de même ordre vers la paupière supérieure droite, laquelle, pendant quelques minutes, « ne fonctionnait plus comme de coutume, semblait raide et comme engluée ». — Il négligea ces divers troubles, ne se traita pas, et aboutit à une hémiplégie.

Un second malade, dont je vous ai déjà parlé à d'autres points de vue, présenta ceci comme prodromes d'une hémiplégie grave qui l'emporta rapidement : d'abord, trois ou quatre crises passagères de parésie linguale, durant chacune quelques minutes, pas davantage ; — puis, deux accès d'engourdissement dans le bras gauche. Un jour, à la chasse, il s'aperçut tout à coup qu'il ne pouvait plus soutenir son fusil de la main gauche. Effrayé, il rentra chez lui, se coucha, s'endormit, et se réveilla guéri. — Comme le précédent, ce malade n'attacha aucune importance à ces accidents passagers, et, quelques mois plus tard, tomba frappé d'hémiplégie.

(1) Voir un cas ou plutôt une série de cas semblables dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Conçaix (*De l'hémiplégie syphilitique*, Thèses de Paris, 1877).

Inutile de dire que ces divers phénomènes moteurs peuvent s'associer aux prodromes d'autre caractère que nous avons décrits précédemment. C'est ainsi qu'un jeune homme, auquel je donne actuellement mes soins avec le professeur Charcot pour une hémiplégie de nature incontestablement syphilitique, éprouva comme prodromes les trois ordres de troubles suivants : céphalée, à accès vespérins ; — somnolence singulière à la suite de tous les repas ; — et, plusieurs fois, accès passagers d'*engourdissement* vers le bras gauche, avec sensation de *froid* dans ce membre : double phénomène ne dépassant guère une durée moyenne de dix minutes environ.

En second lieu, un ordre tout différent de troubles moteurs sert quelquefois de prélude à l'hémiplégie.

Ces troubles consistent en des *parésies* ou des *paralysies durables*, du genre de celles que je vous décrivais dans notre dernière réunion et qu'il me suffira en conséquence de rappeler brièvement.

Au nombre de ces paralysies prodromiques de l'hémiplégie prennent place en première ligne, par ordre de fréquence, les *paralysies motrices de l'œil* et plus spécialement encore la paralysie de la troisième paire.

Vient en seconde ligne l'*hémiplégie faciale*, laquelle, à vrai dire, n'est le plus habituellement qu'un début même de l'hémiplégie.

Quelquefois enfin (mais ceci est infiniment plus rare) des *monoplégies* des membres préludent à l'hémiplégie généralisée.

Ces diverses paralysies — dont il serait superflu, je crois, de citer des exemples — précèdent l'hémiplégie à

distance très-variable. Tantôt elles n'en sont séparées que par un intervalle de quelques semaines. Tantôt elles la devancent de plusieurs mois. Souvent encore elles n'en constituent que des préludes très-éloignés, distants d'une ou de plusieurs années. Cela s'observe surtout dans les cas où intervient un traitement qui, suffisant à retarder l'invasion de l'hémiplégie, est insuffisant à la conjurer absolument, c'est-à-dire un traitement trop peu énergique ou trop écourté pour dissiper, pour effacer complétement les lésions qui préparent et déterminent l'hémiplégie.

4° Enfin un dernier ordre de phénomènes prodromiques consiste en des *troubles divers de la sensibilité générale*.

Quelques-uns de ces troubles sont assez communs. Citons comme tels :

Des *fourmillements* vers l'extrémité des membres, vers la main ou le pied du côté qui doit être plus tard frappé d'hémiplégie ;

Des *sensations de froid*, se produisant dans un membre d'une façon passagère, comme sur l'un des malades précités ;

Des *engourdissements* passagers ou quelque peu durables de la sensibilité au contact. C'est ainsi que certains malades se plaignent d'avoir par instants la sensibilité émoussée ; « ils ne sentent plus alors les objets que d'une façon confuse, comme à travers un gant ».

D'autres troubles de la sensibilité générale s'observent encore en certains cas, mais d'une façon beaucoup moins fréquente. Tels sont :

1° Ces *douleurs cérébrales des membres* sur lesquelles

j'ai appelé votre attention dans l'une de nos précédentes conférences (1). Méfiez-vous de semblables douleurs, Messieurs, et rappelez-vous qu'elles constituent parfois un symptôme grave, en tant que phénomène avant-coureur d'une hémiplégie.

2° Plus rarement, phénomènes bizarres *d'hyperesthésie* au niveau de quelques-unes des parties destinées à être envahies par l'hémiplégie. — J'ai constaté ce dernier fait d'une façon très-authentique sur l'un de mes malades, homme fort intelligent non moins que minutieux observateur, qui, trois semaines environ avant un accès d'hémiplégie gauche, éprouva une hyperesthésie marquée sur la région antérieure de la cuisse gauche, en même temps que la face postérieure du même membre se montrait au contraire anesthésiée. Cette hyperesthésie singulière se propagea même pendant quelques jours à la cuisse du côté opposé.

Voilà, Messieurs, quels sont les phénomènes principaux qui, avec des degrés divers de fréquence, servent de prodromes les plus habituels à l'hémiplégie de la syphilis.

Si je visais à être absolument complet, j'aurais encore à vous parler d'autres troubles divers qui se trouvent signalés dans quelques observations, à savoir, par exemple : des douleurs névralgiformes, siégeant surtout sur les branches supérieures du trijumeau ; — des vomissements ; — des troubles de la miction : tantôt vessie paresseuse, avec début de rétention, et tantôt légère incontinence de l'urine ; — pollutions nocturnes

(1) Voir page 111.

répétées, etc., etc. — Mais ce ne sont plus là que des troubles exceptionnels, dignes tout au plus d'une simple mention.

II. — Et cependant, Messieurs, nous n'en avons pas encore fini avec les symptômes avant-coureurs de l'hémiplégie. Car il en est un dernier qu'à dessein j'ai laissé à l'écart jusqu'à présent, afin de le mettre mieux en relief par une mention spéciale. Celui-ci, assurément, mérite toute votre attention, comme vous allez le voir.

Il est un certain nombre de cas où l'hémiplégie a pour prodrome l'*hémiplégie* même. Pour mieux dire, il est des cas où l'hémiplégie vraie est précédée, à échéances variables, par une ou plusieurs crises d'hémiplégie *avortée*, *ébauchée*, essentiellement transitoire, parfois même tout à fait éphémère.

Les crises d'*hémiplégie prodromique* qui préludent ainsi aux véritables accès hémiplégiques consistent en ceci : des parésies légères affectant une moitié du corps, alourdissant les membres plutôt que les paralysant, et disparaissant d'une façon toute spontanée après un temps toujours très-court, variable de quelques minutes à deux ou trois jours tout au plus.

Un certain nombre d'observations de ce genre existe déjà dans la science. J'en ai recueilli plusieurs semblables pour ma part, telles par exemple que les deux suivantes, dont voici le résumé très-sommaire :

Un jeune homme, syphilitique depuis six ans, commence par éprouver de violents accès de céphalée, avec troubles passagers d'équilibration. Un jour, il est pris brusquement d'une parésie hémiplégique, qui dure au plus quarante-huit heures, en s'atténuant dès son

début. Puis, deux mois plus tard, hémiplégie vraie, affectant le même côté ; mais celle-ci durable, si durable qu'en dépit du traitement elle a laissé le malade infirme d'un bras.

Un autre malade, qui est revenu passer quelques jours dans nos salles le mois dernier, a présenté des phénomènes de même ordre, mais encore plus accentués. Son histoire, que je vous ai racontée bien souvent, se résume en ceci : à la suite de maux de tête prolongés, *première hémiplégie* du côté droit, le 15 mai 1864 ; — puis, le 11 juin de la même année, *seconde hémiplégie*, mais celle-ci affectant le côté gauche.—Ces deux hémiplégies se dissipent, l'une et l'autre, avec une égale rapidité; et le malade se croit hors d'affaire. — Mais, le 30 juin suivant, *troisième hémiplégie*. Cette dernière affecte le côté gauche. Elle est intense, générale. De plus, elle persiste, et ne s'amende que d'une façon très-incomplète sous l'influence du traitement.

Rien de plus curieux à coup sûr, Messieurs, que ces tentatives, ces ébauches d'hémiplégie, si je puis ainsi parler, préludant de la sorte à l'hémiplégie vraie, et cela sur l'un ou sur l'autre côté du corps.

III

Les prodromes connus, voyons maintenant comment s'annonce et débute l'accès hémiplégique.

L'accès hémiplégique est tantôt *soudain* et tantôt *progressif*.

Étudions-le sous ces deux types.

I. — Soudain, il fait invasion suivant deux modes très-inégaux de fréquence, à savoir :

Sous forme d'un *ictus apoplectique ;*

Sous forme d'un *ictus simplement résolutif,* sans perte de connaissance.

Dans le premier cas, le malade tombe tout à coup, sidéré, anéanti, privé de toute connaissance ; il tombe comme le bœuf frappé de la massue. Après un certain temps, seulement, il revient à lui, pour se trouver hémiplégié.

Ce mode d'invasion est rare, plus que rare même, *exceptionnel.* L'apoplexie véritable, en effet, le « coup de sang » vulgaire, sont choses qu'on n'observe dans la syphilis cérébrale que sur un nombre de malades fort restreint (1). Notez bien cela, Messieurs, car cette particularité n'est pas, en général au moins, assez connue. Presque invariablement, au contraire, l'hémiplégie soudaine de la vérole s'annonce d'une autre façon que je vais dire.

Le mode usuel de l'hémiplégie syphilitique soudaine consiste en une sorte d'ictus simplement résolutif, *avec conservation de la connaissance.*

Et alors les choses se passent comme il suit : tout à coup, d'un instant à l'autre, le malade se sent « étourdi », défaillant, sur le point de tomber. Il ne tombe pas néanmoins, en général ; car, averti de l'imminence

(1) Les cas d'hémiplégie *apoplectique* de la syphilis cérébrale sont-ils dus, comme on l'a avancé, à l'oblitération d'un tronc artériel volumineux ? Je serais disposé à l'admettre. Mais, il faut bien le dire, nous ne disposons encore que d'un nombre d'observations trop restreint pour juger une question aussi délicate.

d'une chute, il a le temps de s'accrocher à un objet voisin, de s'adosser à un mur ou de gagner un siége sur lequel il *s'affaisse* simplement. C'est alors que vaguement, dans un état d'obnubilation plus ou moins accentuée, il ressent une sorte d'engourdissement, d'impuissance, au niveau d'une région du corps, à savoir : soit dans une moitié latérale du corps tout entière, soit dans les deux membres d'un même côté, soit dans un membre seulement. Puis ces phénomènes vont croissant, et, dans un temps variable, ils se confirment à l'état d'hémiplégie positive, mais toujours sans que la connaissance ait été abolie. De telle sorte que le malade assiste *conscient* à son attaque ; il la voit, il s'en rend compte. Et la preuve, c'est qu'il la raconte après dans ses moindres détails.

Un type du genre nous est offert par un malade de nos salles. Cet homme, tailleur de pierres, était à son ouvrage, bien que souffrant depuis plusieurs jours d'une céphalée violente. Subitement, il éprouve un malaise singulier; il se sent « comme tout drôle », suivant son expression, comme étourdi, chancelant, et il laisse tomber le ciseau qu'il tenait de la main gauche. Il s'assied alors sur la pierre qu'il taillait, et reste là sans mot dire, « comme s'il allait se trouver mal, voyant tous les objets qui l'entourent tourner en rond autour de lui ». Ses camarades l'interpellent, et il ne peut leur répondre. On le couche à terre. Vingt minutes après, il essaie de se relever, et s'aperçoit alors que son bras gauche est « comme mort », que sa jambe gauche ne le soutient plus. On l'apporte ici, où l'interne de service constate une hémiplégie incomplète, laquelle se confirme pendant la nuit.

Tel est, Messieurs, le mode usuel de l'hémiplégie syphilitique soudaine, et vous voyez ce en quoi il diffère du mode apoplectique proprement dit. Il en diffère surtout par ce caractère majeur de la conservation de la connaissance pendant l'attaque.

II. — Second type : *hémiplégie progressive.*

Dans cette forme, qui est une des plus communes (si ce n'est même la plus commune), l'hémiplégie mérite d'être dite *progressive*, en raison de la lenteur avec laquelle elle s'établit et se confirme.

Ce second type est progressif de deux façons, d'ailleurs souvent associées, à savoir : progressif comme intensité croissante de troubles paralytiques ; — et progressif comme extension croissante de ces troubles.

Ainsi :

1° Tantôt l'hémiplégie débute par une parésie simple, laquelle aboutit graduellement à une paralysie vraie. Les parties affectées ne sont d'abord qu'engourdies, alourdies, affaiblies; et c'est seulement quelques heures, un jour, deux jours après, qu'elles deviennent véritablement impuissantes, paralysées.

Deux exemples :

Un de mes malades se sent pris, à cheval, d'un malaise étrange, avec engourdissement et faiblesse dans toute la moitié gauche du corps. Néanmoins il peut continuer sa route et arriver jusque chez lui. C'est à peine alors s'il est capable de se déshabiller. Il se couche et s'endort. Le lendemain matin, il se réveille paralysé de tout le côté gauche.

Un autre malade éprouve, au théâtre, ce qu'il appelle une sorte de « coup de sang », avec sensation de défail-

lance et faiblesse de tout le côté gauche du corps. Il sort aussitôt « pour prendre l'air », et, ne trouvant pas de voiture, rentre *à pied* chez lui, après une marche de vingt minutes environ. Chemin faisant, ses membres gauches s'alourdissent de plus en plus ; puis je le trouve, le lendemain, avec une hémiplégie incomplète, il est vrai, mais bien accentuée.

2° Tantôt l'hémiplégie, partielle d'abord, ne se généralise qu'ultérieurement, par addition d'une série de paralysies successives. C'est un membre, par exemple, qui se prend d'abord ; puis vient le tour de l'autre membre ; puis la face est envahie en dernier lieu. Ou bien, c'est la face qui est affectée seule originairement, et les membres se paralysent ensuite.

L'hémiplégie procède de la sorte par une *série de monoplégies successives.*

Tel fut le cas d'un malade chez lequel, comme le raconte Prost (1), une hémiplégie se compléta en trois jours, de la façon suivante : le premier jour, paralysie du bras gauche ; — le second, paralysie de la face ; — le troisième, paralysie du membre inférieur correspondant.

Variable d'ailleurs est le temps que met à se compléter cette hémiplégie *extensive.* Chez certains malades, il ne dépasse pas quelques heures, un jour au plus ; et chez d'autres il exige plusieurs semaines, voire davantage.

Comme exemple de ces deux ordres de cas, laissez-

(1) Prost, *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps,* Paris, 1803, T. II, pl. 4, p. 59.

moi vous rappeler les observations suivantes, relatives à des malades que vous avez pu étudier à loisir dans nos salles et chez lesquels l'origine spécifique des accidents ne pouvait rester un instant douteuse.

Le premier est ce jeune courtier de commerce qui, il y a quelques mois, était couché au n° 25 de la salle Saint-Louis. Chez lui, les accidents ont évolué d'une façon assez rapide, comme il suit : un jour, en marchant, il se sent pris d'une sensation bizarre de refroidissement dans le côté gauche du corps ; il continue ses courses néanmoins, mal à l'aise et souffrant surtout d'un violent mal de tête, qui d'ailleurs ne l'avait pas quitté depuis quelques semaines. Le soir, en rentrant chez lui, il s'aperçoit qu'il a perdu l'usage du bras gauche. Il se couche, sans plus s'inquiéter de cela. Après une mauvaise nuit, il va pour se lever, mais sa jambe gauche ne le soutient plus. Enfin, dans la même journée, sa bouche se dévie.

Dans le second cas, au contraire, marche tout autre, évolution bien autrement lente, à savoir : face envahie la première ; — puis, quinze à vingt jours plus tard, les deux membres du même côté commencent à s'engourdir et faiblissent progressivement ; — enfin l'hémiplégie se confirme dans les quelques semaines suivantes.

Les exigences d'une exposition dogmatique m'ont conduit à vous décrire séparément l'hémiplégie progressive comme intensité et l'hémiplégie progressive comme extension. Mais il va sans dire que, dans la plupart des cas, ces deux formes d'évolution se trouvent associées. En d'autres termes, le plus souvent les

troubles paralytiques qui constituent l'hémiplégie progressive vont croissant à la fois comme *degré* et comme *étendue*. C'est ce dont témoignent quantité d'observations; et je ne reculerai pas encore devant une citation nouvelle, car nous sommes ici, je vous le répète, en face du type usuel, du type courant de l'hémiplégie syphilitique, dont on ne saurait assez multiplier les exemples.

Une femme de 38 ans, syphilitique, après avoir souffert de diverses douleurs et d'une céphalalgie à retours périodiques, commence par ressentir, le 3 janvier, une certaine faiblesse de la jambe droite. Ce dernier phénomène disparaît dans l'espace de vingt-quatre heures, mais pour se renouveler le 6 avec une intensité plus grande; et de plus, ce même jour, le bras droit s'engourdit.—Du 13 au 17, les troubles paralytiques s'aggravent : la jambe faiblit, le bras ne peut plus être soulevé. — Le 17, la commissure labiale se dévie. — Complète dès lors, l'hémiplégie achève de se confirmer les jours suivants : le 21, le bras et la jambe sont devenus absolument inertes, et la face est entraînée à gauche; de plus constipation opiniâtre, rétention d'urine, etc. (1).

Au reste, quelque variété qu'elle affecte, la forme progressive de l'hémiplégie n'en conserve pas moins dans tous les cas son caractère essentiel, constitutif. Et ce caractère, c'est d'être une hémiplégie qui s'établit et se confirme d'une façon calme, sans apoplexie et sans ictus; c'est d'être une hémiplégie placide, si je puis ainsi parler, qui se produit en pleine connaissance; c'est, en un

(1) Observation empruntée à mon collègue et ami, M. Grancher (V. Thèse de Conçaix, déjà citée).

mot, d'être une hémiplégie exempte de ces secousses, de ces commotions soudaines qui accompagnent le plus habituellement et sembleraient devoir accompagner toujours l'invasion de phénomènes paralytiques d'une telle importance.

Enfin, achevons ce qui a trait au mode d'invasion de l'hémiplégie syphilitique en signalant un simple détail assez curieux.

Il n'est pas rare que cette hémiplégie fasse invasion *pendant le sommeil,* de sorte qu'à leur réveil, seulement, les malades se trouvent paralysés. C'est là un fait que je trouve signalé dans plusieurs observations ; et, pour ma seule part, je pourrais citer neuf cas où les choses se sont produites de cette façon.

Je n'attache du reste à cette invasion *nocturne* de l'hémiplégie aucune signification particulière.

IV

Nous venons de voir comment s'annonce et s'établit l'hémiplégie syphilitique. Suivons-la actuellement dans son évolution ultérieure, et déterminons quels symptômes constituent cette hémiplégie *confirmée.*

Comme phénomènes essentiels, l'hémiplégie de la syphilis cérébrale est et ne saurait être que la reproduction de toute hémiplégie, quelles qu'en soient d'ailleurs l'origine et la nature.

C'est dire qu'elle consiste en des troubles de motilité d'une moitié du corps, lesquels s'accompagnent ou non

de troubles contemporains vers la sensibilité et l'intelligence.

Je ne m'arrêterai donc pas à vous décrire ce que vous connaissez de reste, à savoir les symptômes paralytiques qui constituent l'hémiplégie. Un seul point m'occupera pour l'instant : rechercher quelles particularités plus ou moins spéciales peut présenter l'hémiplégie syphilitique à l'état confirmé. C'est là uniquement ce que j'aurai en vue dans l'exposé qui va suivre.

Procédons méthodiquement; et, pour cela, envisageons tour à tour l'hémiplégie syphilitique dans ses troubles moteurs, sensoriels et psychiques.

I. — Au point de vue de la *motilité*, d'abord, deux points essentiels se présentent à spécifier.

1° L'hémiplégie syphilitique est presque toujours une *hémiplégie incomplète.*

Cela veut dire qu'elle est bien capable de paralyser une moitié du corps à des degrés divers, mais que jamais ou presque jamais elle n'y anéantit les puissances motrices d'une façon absolue.

Et, en effet, il est très-rare que l'hémiplégie par syphilis soit ce qu'on appelle une hémiplégie *flaccide*, abolissant le mouvement d'une façon telle que les parties atteintes soient littéralement inertes et mortes.

Presque toujours, au contraire, l'hémiplégie syphilitique, même dans ses formes intenses, complètes, laisse subsister quelques ébauches de mouvement, quelques lueurs de motilité, en certains points. C'est là un fait démontré par des centaines d'observations et que vous avez pu vérifier amplement sur nos malades.

Il y a plus même. Le type d'hémiplégie intense, tendant à se rapprocher de l'hémiplégie flaccide, est infiniment plus rare que deux autres types dont je dois vous parler actuellement, à savoir : l'*hémiplégie incomplète* et la simple *parésie hémiplégique.*

Le premier de ces types nous présente encore un malade bien réellement hémiplégique, dans toute l'acception du terme. Et cependant, sur quelques points, souvent même dans toute la moitié du corps, un certain degré de puissance motrice reste conservé. Si le bras, par exemple, ne peut ni s'élever ni se détacher du corps, si la main ne peut appréhender et saisir, les doigts sont encore capables d'exercer quelques légers mouvements. De même, le membre inférieur ne saurait à coup sûr supporter le poids du corps, mais il peut encore se déplacer, se fléchir dans ses divers segments. — Rappelez-vous à ce sujet notre dernier malade de la salle Saint-Louis. Cet homme, lors de son entrée, était hémiplégique de tout le côté droit du corps ; et cependant il conservait le pouvoir de fléchir à demi l'avant-bras sur le bras et de tenir un crayon entre les doigts. Au lit, il déplaçait son membre inférieur ; il pouvait même — lentement et péniblement, il est vrai — relever la cuisse sur le bassin et fléchir la jambe sur la cuisse, etc.

En un mot, dans ce premier mode, la paralysie hémiplégique n'est pas absolue ; elle n'est que relative, *incomplète.*

Maintenant, atténuez encore cette perte de mouvement, et, par une série de transitions que réalise souvent la nature, vous arriverez à constituer un type très-inférieur

comme degré d'atteinte portée à la puissance musculaire. Ce type sera la *parésie hémiplégique* pure et simple.

Dans cette forme, pas de paralysie, à proprement parler; rien qu'un affaiblissement de la puissance musculaire. C'est ainsi qu'à la face l'hémiplégie, inappréciable quand la physionomie est au repos, ne devient légèrement apparente que dans le rire ou les grands mouvements du visage, qui révèlent une certaine asymétrie buccale. C'est ainsi qu'au membre supérieur tous les mouvements sont conservés, mais conservés en manquant de force, de vivacité, de dextérité, etc. La main peut saisir, mais elle est incapable de serrer avec vigueur et d'exercer une pression soutenue; elle est maladroite, inhabile, impropre à tout travail délicat. De même enfin, en ce qui concerne le membre inférieur, la marche reste possible, avec ou sans l'assistance d'une canne; mais la jambe est faible; elle fauche, comme on dit vulgairement, en traînant la pointe du pied sur le sol, etc.

L'un et l'autre de ces deux types, je le répète, sont communs dans la syphilis cérébrale. Vous les rencontrerez sur un grand nombre de malades, et vous voyez qu'ils sont très-différents de l'hémiplégie vraie, à membres inertes et flaccides.

2° L'hémiplégie de la syphilis est souvent, très-souvent, une *hémiplégie partielle;* — ou, tout au moins, une hémiplégie *très-inégale* d'un segment à un autre segment de la moitié du corps affectée.

Rien de plus fréquent, en effet, dans la syphilis cérébrale, que de voir l'hémiplégie se limiter, comme phé-

nomènes paralytiques vrais, à une portion de la moitié du corps, les autres portions restant indemnes, ou ne présentant que des troubles légers, presque insignifiants.

Toutes les variétés imaginables sont possibles ici et ont été observées cliniquement. C'est ainsi qu'on a vu la face être affectée seule, les membres restant libres; — ou bien, réciproquement, les membres être paralysés, la face restant indemne; — ou bien encore un bras, un membre inférieur, présenter seul des symptômes de paralysie.

Des exemples sont utiles à citer ici, pour mieux graver dans vos esprits ces espèces morbides très-essentielles à connaître.

Un de mes malades, après avoir souffert longtemps d'une céphalée intense, a été frappé subitement d'un ictus résolutif, avec sensation persistante d'étourdissement et de vertige « en tourbillon ». La conséquence immédiate de cette crise a été une hémiplégie gauche, mais une hémiplégie *partielle*, qui s'est très-fortement accusée sur la face, en restant presque insignifiante sur les membres. Tout ce que le malade a éprouvé vers le bras s'est réduit à une certaine maladresse de la main, à une direction quelque peu défectueuse des mouvements, et cela pendant quelques jours. Quant au membre inférieur, les troubles moteurs y ont été si légers que jamais le malade ne s'en est aperçu; c'est moi seul qui, en recherchant ces troubles attentivement, ai surpris quelques incorrections d'attitudes et de mouvements, lesquelles, significatives pour un médecin, pouvaient parfaitement échapper à un malade.

Sur un autre de mes clients, l'hémiplégie s'est pré-

sentée de la façon suivante : paralysie complète du membre inférieur gauche, laquelle est restée telle pendant un mois et n'a commencé à s'amender qu'au delà, sous l'influence d'un traitement énergique; — vers le bras, inversement, rien autre qu'un léger degré d'engourdissement passager; — et face complétement indemne.

Enfin, sur un troisième malade, le bras a été absolument paralysé, au point qu'en dépit du traitement il est toujours resté dans un état de complète impuissance; — tandis que le membre inférieur et la face, très-légèrement affectés au début, ont repris en quelques jours l'intégrité de leurs mouvements.

II. — Venons aux phénomènes de sensibilité.

La sensibilité est bien loin d'être affectée au même degré que le mouvement dans l'hémiplégie syphilitique.

On a avancé (et j'entendais récemment professer cette doctrine par l'un de mes savants collègues) que le propre de l'hémiplégie syphilitique est de « respecter la sensibilité des parties paralysées ». Cela, d'abord, est exagéré en fait, et, de plus, erroné en principe.

D'une part, en effet, la sensibilité se trouve affectée par l'hémiplégie syphilitique dans un certain nombre de cas. Et, d'autre part, ce n'est pas la spécificité d'une hémiplégie qui peut exercer une influence quelconque sur la manifestation ou la non-manifestation de troubles sensitifs. Les troubles sensitifs, comme les troubles moteurs ou autres, dépendent et ne dépendent que de la lésion de certains centres cérébraux ou, ce qui revient au même, des tractus nerveux qui en dérivent. Si la sensibilité est ou non affectée dans une hémiplégie,

c'est affaire de *siége* et non de *nature* de lésions. La qualité syphilitique de la lésion reste donc sans effet en l'espèce ; et, si l'hémiplégie syphilitique, comme on le prétend, ne s'accompagne que rarement de troubles sensitifs, ce n'est pas en raison de son origine spécifique, c'est parce que ses localisations anatomiques ne se font que rarement au niveau des districts cérébraux qui tiennent sous leur dépendance les phénomènes de sensibilité.

D'ailleurs, je le répète, il y a matière à révision dans ce qu'on a dit ou écrit relativement aux troubles sensitifs dans l'hémiplégie syphilitique. Et, pour ma part, je crois être plus près de la vérité clinique en formulant comme il suit ce qui est le résultat de mes observations personnelles :

1° Le fait le plus habituel, dans l'hémiplégie syphilitique, est que la sensibilité reste absolument indemne ;

2° Et, cependant, il est un certain nombre de cas dans lesquels les troubles moteurs se compliquent d'une atteinte variable portée à la sensibilité des parties affectées ;

3° Danslescas de ce genre, la sensibilité n'est presque toujours affectée qu'à un faible degré, c'est-à-dire engourdie, émoussée, sans être abolie, éteinte complétement.

Somme toute, vous le voyez, Messieurs, à s'en tenir aux cas les plus communs, il est positif que l'hémiplégie syphilitique n'intéresse pas la sensibilité au même degré que le mouvement. Cette disproportion de fréquence et de degré entre les troubles moteurs et les troubles sensitifs de la syphilis cérébrale est donc indéniable.

Et, à ce point de vue, les observations que j'ai pu recueillir ne font que s'ajouter aux faits déjà connus. Seulement cette disproportion est moindre à coup sûr que ne le professent certains auteurs, et surtout elle n'a ni la raison ni la signification que lui ont attribuées ces mêmes médecins.

Ajoutons que, d'ailleurs, il est certains cas dans lesquels la sensibilité se trouve affectée au même degré, avec la même intensité que le mouvement. Quelques observations ne peuvent laisser de doute à ce sujet.

On a même vu (très-exceptionnellement, il est vrai) l'hémiplégie syphilitique se compliquer d'une *hémianesthésie* complète, intéressant à la fois et la sensibilité générale et les sens spéciaux de la moitié du corps affectée. De cela vous avez la preuve sur une malade actuelle de nos salles.

Cette femme, sur laquelle bien des fois déjà j'ai appelé votre attention, présente une hémiplégie gauche d'origine incontestablement syphilitique. Or, sur elle, vous constaterez à la fois et des troubles moteurs d'une intensité peu commune et des troubles sensitifs très-fortement accentués. Toute l'étendue de la surface cutanée, à gauche, est absolument anesthésiée, soit au contact, soit à la douleur, soit à la température. Les muqueuses du même côté partagent cette insensibilité. De plus, vous trouverez, toujours à gauche, la vision abolie, l'ouïe presque éteinte, le goût et l'odorat très-affaiblis. En un mot, vous reconnaîtrez là un type complet de cette curieuse hémianesthésie que Türck a décrite le premier et qui est devenue le sujet de si intéressantes recherches dans ces derniers temps.

Quelle signification comporte en l'espèce cette hémianesthésie ? Nulle autre qu'une indication de siége relative à la lésion. Cette hémianesthésie permet de supposer une lésion intéressant le *tiers postérieur de la capsule interne*, puisque tel est, dans l'état actuel de nos connaissances sur les localisations cérébrales, le foyer anatomique de ce symptôme particulier. Mais elle ne préjuge, elle n'indique rien de plus. Et ici encore, comme précédemment, notez que la spécificité de cause n'est pour rien dans la production de ces troubles singuliers ; de la particularité de siége des lésions dérive uniquement et exclusivement la particularité des symptômes cliniques.

Puisque j'en suis à vous parler de modifications insolites de la sensibilité dans l'hémiplégie syphilitique, je compléterai ce chapitre en vous signalant brièvement quelques autres troubles non moins rares qu'on a parfois observés en pareille circonstance, à savoir :

1° Des phénomènes d'*hyperesthésie*, déjà signalés précédemment à propos des prodromes, mais se continuant parfois au delà de l'attaque hémiplégique (1) ;

2° Des phénomènes de *perversion bizarre de sensibilité*. Exemple : un malade, que j'ai eu l'occasion de traiter en ville avec le concours d'un savant maître, M. le docteur Guéneau de Mussy, présentait, en même temps qu'une parésie hémiplégique gauche, une perversion singulière de la sensibilité dans toute l'étendue

(1) Un de mes malades, affecté d'hémiplégie gauche, a présenté au début une hyperesthésie notable de tout le côté paralysé. Cette hyperesthésie s'est atténuée progressivement. Mais elle persistait encore à un faible degré six semaines plus tard, lorsque le malade quitta l'hôpital.

du même côté. Tout ce qu'il touchait à gauche lui paraissait plus ou moins *chaud.* Un verre d'eau froide pris de la main gauche lui semblait un verre d'eau chaude. L'eau froide, dont il se servait pour sa toilette, lui donnait à gauche la sensation de l'eau chaude, etc. Trouble d'autant plus bizarre en l'espèce que la sensibilité au contact et à la douleur restait d'ailleurs complétement indemne (1).

Mais inutile d'insister davantage sur des phénomènes de ce genre, ne trouvant place qu'en certains cas tout à fait exceptionnels, et dignes au plus d'une simple mention.

III. — *Intelligence.* — Au point de vue intellectuel, après avoir mis hors de cause les phénomènes immédiatement consécutifs à l'accès hémiplégique, simples conséquences de la commotion subie par le cerveau, nous nous trouvons en face de deux ordres de cas absolument opposés, à savoir :

Les uns se présentant exempts de tout trouble psychique ;

Les autres compliqués des troubles intellectuels les plus variés, les plus graves même quelquefois.

Il est absolument positif, en effet, que, relativement à l'état des facultés mentales, l'hémiplégie syphilitique offre *deux types* très-différents :

1° Le type de l'hémiplégie pure et simple, complétement indemne de la moindre altération ou déviation intellectuelle ;

2° Le type de l'hémiplégie combinée à des modifications d'intelligence variables de forme et de degré.

(1) Un fait identique a été relaté par M. Broadbent (*The Lancet*, 1876).

Cette diversité de phénomènes n'a rien d'ailleurs qui doive nous surprendre. Elle est toute naturelle ; elle est, dirai-je, dans l'essence même des choses. L'hémiplégie, en effet, n'est pas un symptôme qui implique, qui commande d'autres symptômes. Elle n'est elle-même, purement et simplement, que l'expression, la traduction clinique d'une lésion cérébrale, laquelle peut ou non, *suivant des conditions qui lui sont propres,* associer des phénomènes psychiques aux phénomènes de paralysie motrice. Ce n'est pas, en d'autres termes, l'hémiplégie qui fait le trouble mental ; le trouble mental ne procède et ne dépend que de la lésion cérébrale, seule et unique origine de toutes les manifestations morbides.

Aussi bien n'est-il pas absolument rare de voir l'intelligence rester intacte à côté d'une atteinte plus ou moins grave portée aux fonctions de motilité. Au moment où je vous parle, précisément, je donne mes soins, avec M. le professeur Charcot, à un jeune malade affecté d'une hémiplégie syphilitique de forme grave, lequel néanmoins n'a jamais présenté le moindre trouble intellectuel. Il a toute sa mémoire, toute sa lucidité, toute son acuité de conception, toute sa sûreté de jugement, etc.; bref, à part sa paralysie, c'est le même homme qu'autrefois, au dire de sa famille et de ses amis. — J'ai d'ailleurs dans mes notes plusieurs observations de même genre qui pourraient venir à l'appui de la précédente.

Mais il s'en faut que ces cas, relativement heureux, soient les plus fréquents. Le plus souvent, au contraire, l'hémiplégie syphilitique coïncide avec des troubles in-

tellectuels variés. Et tantôt ces troubles lui sont antérieurs (c'est ce qu'on observe alors que l'hémiplégie a pour prélude la forme mentale précédemment décrite); — tantôt ils lui sont postérieurs; ils naissent alors avec elle ou après elle, pour continuer à se développer ultérieurement.

A ce dernier propos, un fait essentiel se présente à signaler ici. C'est que, pour un très-grand nombre de cas, l'hémiplégie ou, pour mieux dire, l'accès hémiplégique devient positivement le *point de départ*, sinon la cause, *de troubles intellectuels* plus ou moins accentués, lesquels ne font plus dès lors que s'accroître. C'est ainsi qu'en maintes occasions on rencontre des malades qui, exempts jusqu'au jour de leur hémiplégie de toutes manifestations psychiques, ont subi à dater de ce jour une dépression intellectuelle marquée, et, sous des formes diverses, se sont acheminés ensuite vers une démence progressive.

Assez souvent, donc, la crise hémiplégique *marque la date précise du début de la décadence intellectuelle*. Et cela de deux façons différentes, que voici :

Tantôt, surtout alors que la crise a été très-violente, les malades ne sortent de la stupeur initiale de l'ictus hémiplégique que transformés intellectuellement. Du premier coup et d'emblée, ils aboutissent à l'état d'un sujet en voie de ramollissement, état se caractérisant par un abaissement notable de l'intelligence, avec idéation languissante et confuse, mémoire affaiblie, incapacité pour tout travail, hébétude enfantine, indifférence, apathie, etc. Quelquefois même, mais bien plus rarement, un délire véritable, excité ou tranquille, voire accompagné d'halluci-

nations (1), se produit dans les premiers jours qui succèdent à l'ictus et se continue au delà pendant un certain temps.

Tantôt — et le plus habituellement, de beaucoup — l'atteinte portée à l'intelligence n'est que légère tout d'abord. Elle consiste alors en ceci : aptitude moindre aux travaux de l'esprit, diminution dans l'acuité et la sûreté des conceptions, défaillances de mémoire, absences passagères, etc.; bref, simple infériorité intellectuelle relative, assurément très-différente de l'hébétude vraie ou de la perversion mentale. Plus tard, seulement, cet état s'accentue, s'exagère, comme nous aurons à le dire bientôt, et la décadence intellectuelle se confirme progressivement.

IV. — Toute la séméiologie de l'hémiplégie vulgaire peut prendre place dans l'hémiplégie syphilitique. Si donc je voulais vous tracer un exposé absolument complet de cette dernière, j'aurais encore à vous entretenir ici de symptômes divers pouvant s'ajouter à ceux dont la description précède, tels que : constipation, difficulté des selles, et parfois émission involontaire des matières stercorales, alors qu'elles sont liquéfiées par un purgatif ou un lavement ; — paresse vésicale : rétention d'urine, ou incontinence passagère ; — affaiblissement ou annulation de la puissance génitale, etc., etc. Mais ces symptômes n'offrent rien de spécial au sujet qui nous touche ; inutile donc de nous y arrêter.

En revanche, il en est d'autres plus dignes de remarque, soit par leur importance propre, soit par ce

(1) Voir comme exemple un cas curieux relaté par le Dr Joseph J. Brown (*The Journal of mental science*, 1875, t. XXI, p. 266.).

fait qu'ils accompagnent l'hémiplégie syphilitique plus souvent que les hémiplégies d'origine différente. Ceux-ci doivent être mentionnés avec soin, comme complément au tableau qui précède.

Je ne vous parlerai plus de l'*aphasie*, dont je vous ai longuement entretenus dans l'une de nos dernières réunions. Vous savez et je n'ai plus à dire que l'aphasie est très-fréquemment associée dans la syphilis cérébrale à l'hémiplégie droite. Passons.

Mais j'appellerai toute votre attention sur la coïncidence assez fréquente des *paralysies oculaires* avec l'hémiplégie de la vérole. Déjà je vous ai signalé ces paralysies comme pouvant servir de prodromes à l'accès hémiplégique. Actuellement, je vous les signale à nouveau comme phénomènes contemporains de l'hémiplégie, soit qu'elles se produisent en même temps qu'elle (ce qui est rare), soit qu'elles lui succèdent à courte échéance (ce qui est beaucoup plus commun).

De sorte qu'au total ces paralysies oculaires figurent dans un certain nombre de cas comme compagnes de l'hémiplégie syphilitique. Je ne les trouve pas mentionnées moins de *douze* fois dans les soixante observations qui servent de base à cet exposé.

Elles affectent les diverses paires motrices de l'œil, et cela avec une inégalité de fréquence digne de mention.

Le plus souvent, et de beaucoup, elles portent sur la *troisième paire*. Et, ici, une remarque intéressante doit trouver place. Tantôt le moteur oculaire commun se montre lésé dans toutes ses branches ; sa paralysie est *générale*. Tantôt, au contraire, il n'est atteint que *par-*

tiellement, et ce qu'on observe se borne à un ptosis, à un strabisme externe, voire à une simple mydriase.

Remarquez bien, Messieurs, je vous prie, ces paralysies partielles, *dissociées*, de la troisième paire, et cela à double titre : car, d'une part, elles ont une signification anatomique au point de vue du siége de leurs lésions productrices; et, d'autre part, se produisant dans la syphilis bien plus souvent que dans toute autre maladie, elles ne sont pas sans comporter par cela même un certain cachet de spécificité.

Après les paralysies de la troisième paire viennent en seconde ligne, mais à longue distance, celles de la *sixième* (moteur oculaire externe).

Pour celles de la *quatrième* (pathétique), elles sont beaucoup plus rares.

Enfin il n'est pas très-rare que plusieurs paralysies oculaires se trouvent associées sur le même malade, coïncidemment avec une hémiplégie. C'est ainsi qu'un client de mon collègue et ami le Dr Gerin-Roze fut frappé, en même temps que d'une hémiplégie gauche, d'un ptosis gauche et d'une paralysie de la sixième paire du même côté. — De même, un de mes malades présentait à la fois, avec une hémiplégie gauche, une paralysie des troisième et quatrième paires correspondantes.

Les phénomènes qui précèdent — et les paralysies oculaires notamment — tiennent à coup sûr le premier rang parmi ce qu'on peut appeler les symptômes *associés* de l'hémiplégie syphilitique. Quelques autres, dont il me reste à vous parler, n'ont plus qu'une importance

relativement très-subordonnée. Bornons-nous donc à les signaler brièvement.

On a eu l'occasion parfois, comme en témoignent les observations que j'ai entre les mains et d'autres que j'ai soigneusement dépouillées à ce propos, de constater, coïncidemment avec l'hémiplégie syphilitique, certains symptômes d'ordres divers, tels surtout que les suivants :

1° Des *contractures musculaires*, se produisant assez rapidement dans les membres hémiplégiés ;

2° Des *troubles sensoriels*, à savoir : troubles de l'ouïe, bourdonnements, murmures auriculaires variés, affaiblissement de la faculté auditive, cophose unilatérale, voire surdité presque complète ; — troubles de la vue : amblyopie, rétrécissement du champ visuel, hémiopie, etc. ;

3° *Paralysies de sensibilité.* — En deux cas, j'ai eu à noter une paralysie occupant le territoire de distribution de la cinquième paire ;

4° *Accès soudains d'amnésie*, se produisant et se répétant quelquefois à la façon de véritables ictus congestifs ;

5° Phénomènes de polydipsie, de polyurie, etc., etc.

Enfin lorsque l'hémiplégie succède (comme le cas est très-ordinaire) à divers accidents de syphilis cérébrale, la scène morbide se surcharge nécessairement de ces troubles antérieurs et apparaît alors plus ou moins modifiée. C'est ainsi que, sur nombre de malades, on voit l'hémiplégie prendre place au milieu de symptômes cérébraux constitutifs de telle ou telle des formes précédemment étudiées, constitutifs des formes céphalalgique, congestive, aphasique, mentale, épileptique, etc. Inutile de dire comment et de quelle façon cette association à l'hémiplégie de phénomènes variés, souvent multiples,

peut accidenter, diversifier, altérer l'ensemble pathologique que nous venons de décrire.

V

Ce qui précède contient l'exposé des symptômes qui constituent l'hémiplégie syphilitique dans ses formes communes, habituelles. Mais ce tableau resterait incomplet si je n'y ajoutais actuellement un appendice relatif à certaines formes particulières. Je pourrai être bref sur ce qui va suivre, n'ayant plus qu'à vous entretenir de phénomènes rares ou même exceptionnels.

I. — Signalons d'abord la possibilité de l'*hémiplégie alterne*, comme manifestation de syphilis cérébrale. Dans cette forme, comme vous le savez, les localisations paralytiques affectent les membres d'un côté du corps et la face du côté opposé. — Quelques cas de cette hémiplégie alterne se trouvent cités dans la science (1). Je n'en ai observé qu'un seul, pour ma part ; encore me laisse-t-il quelques doutes quant à son origine spécifique.

II. — Mentionnons en second lieu certains cas bizarres dans lesquels on a vu des symptômes d'ordre *médullaire* s'associer aux symptômes d'ordre cérébral.

C'est ainsi que, sur quelques malades, on a constaté d'une façon non douteuse de véritables phénomènes ataxiques sur des membres parésiés. — En d'autres cas,

(1) Voir, entre autres exemples, un curieux fait de ce genre relaté par M. Broadbent dans le journal *The Lancet*, année 1876.

l'hémiplégie spécifique a été précédée ou accompagnée d'une telle faiblesse dans les membres inférieurs (faiblesse d'ailleurs égale d'un membre à l'autre) qu'on avait pu supposer tout d'abord l'invasion d'une paraplégie.

De plus, il est absolument positif que l'hémiplégie peut s'associer aux symptômes de l'*ataxie* syphilitique. J'en trouve trois exemples dans mes observations personnelles. — C'est là un fait curieux que je me borne à signaler pour l'instant, me réservant de vous en parler avec détails à propos de la syphilis médullaire.

III. — Une autre forme, non moins singulière, est constituée par ce qu'on peut appeler l'*hémiplégie intermittente, à répétition.*

Ce qu'on observe dans cette forme consiste en une série d'accès hémiplégiques se succédant à intervalles variables, durant de quelques minutes à plusieurs heures, puis s'évanouissant, disparaissant « comme par enchantement », sans laisser de traces (1).

Exemple typique du genre : un de mes malades commence par présenter en 1872, coïncidemment avec une poussée confluente de syphilide sulcéro-croûteuses, une céphalée des plus violentes. — Il ne tarde pas à être pris d'une hémiplégie droite. Je le traite et j'ai le

(1). Les faits en question ici rappellent les *hémiplégies variables* déjà signalées par M. Cruveilhier, il y a près de cinquante ans : « ... Dans la symptomatologie des ramollissements cérébraux, il existe une certaine irrégularité qui fait que l'on trouve, dans un instant, le membre complétement paralysé, et, dans un autre instant, le membre susceptible de quelques mouvements.... J'ai vu des malades qui, dans un instant, paraissaient complétement hémiplégiques, et qui, dans un autre instant, avaient à peu près recouvré la myotilité, etc. »

bonheur de le guérir complétement. — Mais, deux ans plus tard, retour d'accidents spécifiques, sous forme de syphilides cutanées, de diplopie, d'amblyopie, de céphalée, etc. Et alors, dans l'espace de deux mois, se produisent *quinze accès d'hémiplégie passagère,* variables comme durée entre vingt minutes et une demi-heure. Chacun de ces accès est constitué de la façon suivante : soudainement ou rapidement, le malade ressent une faiblesse considérable dans les membres du côté droit, faiblesse qui dégénère bientôt en une impuissance absolue ; à ce moment, il est, dit-il, « complétement paralysé des membres droits, auxquels il ne parvient pas, en dépit d'efforts réitérés, à imprimer le plus léger mouvement ». Simultanément, il perd la parole. Mais il conserve la connaissance, sauf en quelques accès « où il se sent comme étourdi, comme abasourdi, et mal conscient de ce qui se passe autour de lui ». Puis, après une durée qui ne dépasse guère vingt à trente minutes, tous ces symptômes s'atténuent, s'amendent et disparaissent. Les membres reprennent la liberté de leurs mouvements ; la parole se rétablit, et tout vestige de la crise s'efface à bref délai. — En raison de ces accidents nouveaux, reprise immédiate du traitement spécifique. Depuis lors, les crises cessent de se reproduire, et quatre années d'immunité complète permettent d'espérer aujourd'hui une guérison définitive.

De même, le Dr Celso Pellizzari (de Florence) a relaté un fait relatif à une malade qui, dans l'espace de quelques mois, présenta une douzaine d'accès hémiplégiques de forme éphémère. Ces accès surprenaient la malade « dans la plénitude de ses forces musculaires et s'évanouissaient comme par enchantement, sans laisser de traces, après

une durée variable de quelques minutes à quelques heures » (1).

L'hémiplégie intermittente, éphémère, constitue donc, vous le voyez, un symptôme possible et bien authentique de syphilis cérébrale. Mais elle n'en constitue — cela est presque superflu à dire — qu'une manifestation exceptionnelle.

IV. — Moins rare est l'*hémiplégie double*, affectant les deux côtés du corps. On la trouve signalée dans un certain nombre d'observations. Pour ma seule part, j'en compte quatre exemples sur les soixante cas dont je dispose.

Cette hémiplégie double n'est jamais double d'emblée, d'un seul coup, par le fait de la même attaque. Toujours elle se constitue par *deux attaques* successives. Ces deux attaques, d'ailleurs, peuvent être plus ou moins espacées, de quelques mois à quelques semaines en général. Rarement elles sont plus rapprochées. Cependant, sur l'un de mes malades, elles se succédèrent à distance de quinze jours seulement. Il y a plus : une femme, que vous pouvez étudier actuellement dans le service, a été frappée de *deux hémiplégies en deux jours :*

(1) *Della sifilide cerebrale,* par le Dr Gelso Pellizzari, Florence, 1877. — Communication orale.

L'hémiplégie intermittente a été observée plusieurs fois en relation avec l'*aphasie.* Tel est, comme exemple, un cas cité par le Dr Althaus, cas fort curieux, dans lequel un malade présenta *douze attaques* passagères d'hémiplégie droite. Ces attaques duraient seulement quelques heures et étaient suivies d'un rétablissement immédiat. (*On neuro-syphilitic affections, under the care of Dr Althaus, in The American Journal of syphilography and dermatology, edited by Henry,* vol. III, 1872, p. 328.)

Voir aussi un travail plus récent de M. le Dr Mauriac sur le même sujet. (*Aphasie et hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente,* Paris, 1877.)

le premier jour, elle a été paralysée du côté droit, et le lendemain du côté gauche.

Un fait à remarquer dans les cas de cet ordre, c'est l'inégalité habituelle de ces deux hémiplégies comme *intensité* de phénomènes. Presque invariablement les deux moitiés du corps sont affectées à des degrés qui n'ont rien de comparable. L'une, par exemple, est paralysée dans toute la force du terme; et l'autre n'est que parésiée, voire engourdie simplement.

Ces deux hémiplégies ne sont pas moins inégales comme *durée*, au moins dans les cas les plus communs. Il est presque de règle, au moins d'après mes observations personnelles, que l'une s'atténue et s'efface rapidement, tandis que l'autre persiste, s'aggrave et se confirme, si elle n'est pas réprimée à temps par une intervention énergique.

Quant aux causes anatomiques de cette hémiplégie double, elles sont ce qu'elles doivent être, à savoir des *lésions bilatérales* qui, dans chaque hémisphère, président à l'hémiplégie de la moitié du corps opposée. C'est là ce qu'ont démontré — et ce que ne pouvaient manquer de démontrer — les observations nécroscopiques. Ainsi, à l'autopsie d'un malade qui avait été affecté d'une hémiplégie droite, puis d'une hémiplégie gauche, à trois mois de distance, M. H. Jackson constata des lésions multiples et bilatérales, intéressant les deux artères sylviennes avec ramollissement des corps striés droit et gauche.

En un mot, toujours et invariablement la bilatéralité des phénomènes paralytiques est légitimée par la bilatéralité des lésions cérébrales.

VI

Je viens de vous décrire la symptomatologie usuelle de l'hémiplégie d'origine syphilitique. Arrêtons-nous actuellement au point où nous en sommes arrivés, pour appliquer les connaissances précédemment acquises à la solution d'un problème des plus pratiques, des plus essentiels, d'un problème qui nous intéresse vivement, nous cliniciens, à savoir : le *diagnostic différentiel* de cette hémiplégie.

La question qui se pose est la suivante : l'hémiplégie syphilitique a-t-elle quelques caractères qui permettent de la reconnaître *ipso facto* et d'en affirmer la nature spécifique? Un cas d'hémiplégie se présentant à notre examen, pouvons-nous dire : « Voici une hémiplégie qui se rattache ou ne se rattache pas à la syphilis comme origine »? Question pratique par excellence, vous le voyez, Messieurs; question qui va réclamer de nous une étude des plus attentives.

Et, tout d'abord, ne nous égarons pas à vouloir trouver ici quelque signe pathognomonique, suffisant à lui seul pour attester l'origine spécifique des accidents. La recherche d'un signe de ce genre serait absolument superflue, car dans tout ce qui précède il n'est pas l'ombre d'un symptôme pathognomonique, appartenant en propre à la syphilis et non susceptible de prendre place dans toute autre maladie.

Mais, si elle n'a rien de spécial comme symptômes, l'hémiplégie syphilitique ne présente-t-elle pas, dans la façon dont ses symptômes se préparent, se confirment,

se groupent et s'enchaînent, quelques particularités propres à éveiller le soupçon de spécificité, suffisantes pour imprimer à l'ensemble morbide une allure quelque peu distinctive ?

Posée dans ces termes, la question devient tout autre ; et vous allez voir qu'en effet l'hémiplégie d'ordre syphilitique n'est pas sans offrir un certain nombre de caractères qui sont bien faits pour appeler l'attention et diriger le diagnostic vers la recherche d'une cause spécifique.

Quels sont donc ces caractères ?

I. — Notons, tout d'abord, dans les prodromes :

1° Cette *céphalée* si spéciale, dont je vous ai parlé en détail dans ce qui précède ;

2° Ces antécédents curieux de *paralysies fugaces*, éphémères, préludant fréquemment à la grande attaque hémiplégique ;

3° Ces *accès épileptiques,* affectant le plus souvent la forme d'épilepsie latéralisée, circonscrite et consciente.

Tout cela sans doute n'appartient pas en propre à la syphilis et peut se rencontrer avec d'autres maladies. Mais avouez qu'il est peu d'hémiplégies vulgaires s'offrant à l'observation soit avec cet ensemble de prodromes, soit avec tel ou tel de ces phénomènes aussi nettement accentué que dans la syphilis. La céphalée, par exemple, ne laisse pas à elle seule d'être caractéristique en certains cas, alors qu'elle se présente avec cette intensité prodigieuse que je vous ai décrite, avec ces exacerbations nocturnes, cette opiniâtreté, cette chronicité, qui la marquent, si je puis ainsi parler, du sceau de la vérole. En maintes circonstances, la constatation d'une céphalée

de ce genre suffit au médecin pour soupçonner d'emblée le caractère spécifique d'une hémiplégie et diriger en ce sens ses investigations ultérieures.

De sorte que, sans crainte d'exagération, on peut poser ceci en principe :

Toute hémiplégie précédée d'une céphalée particulièrement remarquable, de paralysies fugaces ou d'accès épileptiques, est par cela seul une hémiplégie *suspecte*, j'entends une hémiplégie pour laquelle il y a lieu de songer à la syphilis comme origine possible ou probable.

II. — En second lieu, au point de vue symptomatologique, rappelons ces trois particularités, assurément dignes de remarque :

1° L'hémiplégie syphilitique a pour habitude, sinon pour caractère constant, de se produire *sans ictus apoplectique*, *avec conservation de la connaissance*. — Et en cela elle se différencie de nombre d'hémiplégies communes à début apoplectique.

2° Assez souvent aussi, elle se produit *d'une façon lente*, *progressive* ou *successive*.

Encore un caractère qui la distingue de certaines hémiplégies vulgaires qui s'établissent subitement, rapidement, d'un seul coup.

3° Très-souvent, enfin, c'est une hémiplégie *incomplète* et *partielle*.

Que ces divers attributs ne soient en rien propres à l'hémiplégie de la syphilis, je le sais de reste; qu'ils s'observent dans des hémiplégies d'une tout autre origine, je ne songe pas à le nier. Mais toujours est-il qu'ils sont moins communs dans les hémiplégies vulgaires

que dans l'hémiplégie syphilitique, où ils constituent la règle, le fait usuel; et c'est là seulement ce que j'ai l'ambition d'établir. Nous manquons de signe pathognomonique pour différencier l'hémiplégie de la syphilis des hémiplégies non spécifiques; force nous est donc de rechercher le témoignage de l'influence diathésique dans des signes *relatifs*, tels que ceux dont il est question ici.

III. — Meilleur caractère, qu'à dessein j'ai réservé jusqu'ici pour mieux le mettre en lumière par une mention spéciale :

L'hémiplégie de la syphilis est *moins pure* comme type paralytique que la plupart des hémiplégies vulgaires.

Elle est *moins pure*, en ce sens qu'on la trouve fréquemment associée, combinée à d'autres paralysies, lesquelles ne figurent pas, sauf exceptions rares, dans la symptomatologie habituelle des hémiplégies communes.

Et, en effet, comment se présentent, au moins dans leurs types usuels, les hémiplégies vulgaires? Que sont, par exemple, les hémiplégies de l'hémorrhagie cérébrale ou du ramollissement? Ce sont des hémiplégies pures et simples, dans la stricte acception du terme; à savoir des paralysies exactement et exclusivement limitées à une moitié du corps, sans association d'autres types paralytiques.

Tout au contraire, l'hémiplégie syphilitique se trouve combinée chronologiquement, en nombre de cas, *avec des paralysies d'autre siége.*

C'est ainsi (à parler seulement de mes observations personnelles) que je la vois associée :

Ici, avec des *paralysies oculaires*, affectant soit le même côté du corps que l'hémiplégie, soit le côté opposé, soit même l'un et l'autre côté;

Là, avec des paralysies de divers nerfs, tels que le *nerf optique* ou la *cinquième paire;*

Ailleurs, avec des *monoplégies* du côté opposé (hémiplégie faciale, ou paralysie d'un membre) ;

Ailleurs encore, avec une hémiplégie opposée, soit incomplète, soit seulement à l'état d'ébauche;

Sans parler d'autres cas infiniment plus complexes, où des symptômes d'ordre *médullaire* viennent prendre place à côté des symptômes hémiplégiques ou cérébraux.

Or, ne voyez-vous pas ce qu'ont d'insolite de telles associations morbides? N'est-il pas surprenant que des symptômes aussi indépendants de nature, aussi habituellement disjoints, se rencontrent en compagnie les uns des autres? Une hémiplégie coexistant avec un ptosis, une hémiplégie coexistant avec une paralysie de la sixième paire du côté opposé, quoi de plus singulier? Voilà, à coup sûr, des alliances de phénomènes cliniques bien inattendues, bien bizarres. Prenez au hasard cent observations d'hémiplégies vulgaires ; peut-être n'y trouverez-vous pas une seule fois (réserve faite pour certains cas complexes et extraordinaires) un tel amalgame de phénomènes paralytiques. Eh bien! ce qui est une rareté, une exception, pour l'hémiplégie commune, devient chose fréquente pour l'hémiplégie de la syphilis. Prenez cent cas d'hémiplégie syphilitique, et vous rencontrerez au moins vingt fois, si ce n'est vingt-cinq ou trente (comme dans ma statistique per-

sonnelle), diverses localisations paralytiques associées à l'hémiplégie.

Cela légitime bien ce que je vous disais à l'instant : l'hémiplégie syphilitique est *moins pure*, comme type paralytique, que les hémiplégies non spécifiques.

Or, pour en revenir à notre sujet actuel, qui de vous n'a compris déjà comment peuvent être utilisées pour le diagnostic les particularités en question ? N'y a-t-il pas dans ces combinaisons insolites de paralysies diverses rayonnant autour de l'hémiplégie syphilitique, n'y a-t-il pas dans cet éparpillement, cette dissémination de phénomènes paralytiques si étrangement réunis sur le même sujet, un *signe* révélateur, un signe bien fait assurément pour éveiller l'attention du médecin et la diriger vers la recherche d'une cause spécifique ? M. H. Jackson a dit avec toute raison : « Des symptômes nerveux associés au hasard ou se succédant au hasard constituent une forte présomption en faveur de la syphilis (1). » A mon tour, je reprends cette proposition générale, et, l'appliquant au cas particulier que nous discutons actuellement, je viens dire ceci :

Des paralysies associées au hasard ou se succédant au hasard constituent une présomption réelle en faveur de la syphilis.

Qu'une hémiplégie, par exemple, se combine à d'autres localisations paralytiques qui ne vont pas habituellement de compagnie avec elle, par cela seul elle prend une allure suspecte au point de vue de son origine,

(1) De même Van Buren et Keyes ont formulé la proposition suivante : « *Irregularly distributed paralysis without a valid explanation for its irregularity should always excite the suspicion of syphilis.* » (*A Practical Treatise on the surgical diseases of the genito-urinary organs, including syphilis*, New-York, 1874.)

par cela seul elle est fortement entachée, quant à sa cause, du soupçon de syphilis.

Loin de moi, assurément, la prétention d'avancer que ces associations de types paralytiques discordants aient rien de pathognomonique et n'appartiennent qu'à la syphilis exclusivement. Je sais de reste et tout le monde sait qu'elles s'observent avec d'autres maladies dont la tendance est de multiplier et de disséminer leurs lésions sur l'encéphale. Mais ce que j'affirme — et je ne dis rien au delà, — c'est que la syphilis réalise *plus souvent que toute autre maladie* ces combinaisons singulières de symptômes. Conséquemment, nous trouvons là un élément séméiologique dont nous pouvons tirer parti. Et, lorsqu'une hémiplégie se présente à nous de la sorte, en compagnie de types paralytiques divers, immédiatement notre attention doit être mise en éveil et appelée vers la syphilis, quitte à délaisser cette voie diagnostique si d'autres indications nous en détournent.

En résumé, donc, l'hémiplégie de la syphilis offre ceci de particulier d'être une hémiplégie moins pure (je reprends le mot à dessein), moins méthodiquement circonscrite, moins systématique, moins exclusivement hémiplégique, si je puis ainsi parler, que les hémiplégies vulgaires ; voilà, Messieurs, ce que je tiens à laisser dans vos esprits.

IV. — Avec ces considérations tirées des prodromes et des particularités cliniques, avons-nous épuisé les éléments qui peuvent servir au diagnostic de l'hémiplégie syphilitique ? Non encore. Un troisième ordre de signes nous reste à exploiter.

Inutile de parler des *antécédents de syphilis*, soit avoués par le malade, soit découverts par le médecin. Cela, bien entendu, constitue la base même du diagnostic.

Mais signalons, d'abord, l'utile et significatif appoint qui peut être fourni par la *coïncidence avec l'hémiplégie d'autres manifestations syphilitiques*, indubitablement syphilitiques, telles que syphilides cutanées ou muqueuses, gommes, exostoses, sarcocèle, lésions viscérales, etc. Voyez, comme exemple du genre, cette malade du n° 35 (salle Saint-Thomas) qui présente, en même temps qu'une hémiplégie, des exostoses tibiales de date à peu près contemporaine. Il est évident qu'une coïncidence semblable devient pour les symptômes cérébraux, sinon une démonstration, du moins une présomption de spécificité. En tout cas, c'est là un signe qui vient donner l'éveil en attestant d'une façon indirecte la possibilité d'une origine spécifique pour les accidents cérébraux.

Et surtout, ouvrons ici une large mention à la question d'*âge*, question majeure, capitale en l'espèce, dont vous allez sentir tout le prix.

A quel âge, en effet, se produisent la plupart des hémiplégies vulgaires, des hémiplégies résultant d'une hémorrhagie cérébrale, d'un ramollissement, des lésions athéromateuses, etc. ? Dans une période avancée de la vie, dans la *vieillesse* ou dans un âge avoisinant la vieillesse. De cela témoignent à l'unisson toutes les statistiques, et il serait véritablement superflu d'en citer aucune à l'appui d'un fait qui est de notoriété aussi commune.

Or, à quel âge, inversement, apparaît de préférence

l'hémiplégie syphilitique? Presque toujours, dans une période peu avancée de la vie, au-dessous de 45 ans, souvent même plus tôt, vers 35, 30 ans, voire dans la jeunesse, à 28, 25, 23, 21 ans.

Quelle opposition, Messieurs, quel contraste! Jugez-en au surplus par les chiffres suivants, que j'emprunte à ma statistique personnelle :

Sur 60 cas d'hémiplégie syphilitique, j'en trouve :

26 s'étant produits de 21 à 30 ans ;			
25	—	—	de 31 à 40 ans ;
7	—	—	de 41 à 50 ans ;
2	—	—	à 58 ans.

C'est-à-dire : 51 sur 60 *avant quarante et un ans*
C'est-à-dire : les *cinq sixièmes* des cas avant quarante et un ans! — Et, de plus, 26 cas sur 60 *avant trente et un ans !*

De tels chiffres sont assez significatifs par eux-mêmes pour n'exiger aucun commentaire. Ils témoignent bien de ce fait, que, comparativement, l'hémiplégie de la syphilis se produit à une période beaucoup plus jeune de la vie que la plupart des hémiplégies d'autre nature.

J'accorde, assurément, que des hémiplégies vulgaires puissent se produire à tout âge. On en observe dans la jeunesse ; on en observe dans l'enfance. Mais de tels cas, comme chacun le sait, ne constituent que la minime, l'imperceptible exception par rapport à la règle. Tandis que, pour l'hémiplégie syphilitique, l'invasion dans une période peu avancée de la vie constitue, comme nous venons de le voir, le fait normal, habituel.

Donc, par cela seul qu'elle s'est manifestée sur un sujet jeune, une hémiplégie doit devenir *suspecte* quant à sa cause aux yeux du médecin. Elle impose au médecin l'obligation de songer à la vérole comme origine.

C'est là ce qu'ont déjà formellement exprimé quelques auteurs (1), et je me joins à eux pour poser ceci en principe :

Toute hémiplégie survenue avant quarante-cinq ans, à fortiori *toute hémiplégie survenue sur un sujet jeune, a de nombreuses chances pour dériver d'une origine syphilitique.*

Rappelez-vous bien cela, Messieurs, et, en face d'une hémiplégie qui se présente à vous dans ces conditions d'âge, songez toujours à la vérole. Songez-y d'autant plus que les autres éléments diagnostiques dont je vous ai parlé sont sujets à défaillance, qu'ils peuvent faire tous simultanément défaut, et que la considération d'âge reste parfois *la seule* pour éveiller le soupçon, pour diriger le médecin dans la voie d'une saine thérapeutique.

V. — Enfin, comme complément à cette revue diagnostique, ajoutons le *critérium* fourni par le traitement.

Les effets rapidement curatifs du traitement spécifique confirmeront, ici comme ailleurs, la spécificité de la lésion.

(1) V. Gjör, *Études pour servir à l'histoire des maladies qui surviennent à la suite de la syphilis* (*Norsk mag.*, t XI, et *Schmidt's Jahrb.*, 1859).

De même, M. Buzzard a écrit ceci : « Je dis sans hésitation que, réserve faite pour les cas de traumatisme, une hémiplégie survenue sur un sujet *entre vingt et quarante-cinq ans*, ne trouvant sa raison d'être ni dans une maladie de Bright ni dans une embolie par lésion des valvules cardiaques, est dix-neuf fois sur vingt le résultat de la syphilis. » (Ouvrage cité, p. 11.)

De même B. Cross : « A propos de toute paralysie survenue ur un malade *au-dessous de quarante ans*, il faut toujours penser à la syphilis comme cause de cette paralysie. » (*Clinical Observations upon syphilitic diseases of the nervous system, in the American Journal of syphilography, edited by* Henry, vol. III, 1872.)

Etc., etc...

Telles sont, Messieurs, les considérations de divers ordres qui peuvent servir à éclairer le diagnostic de l'hémiplégie syphilitique.

Elles n'ont pas toutes assurément une valeur égale. Et, si vous me demandiez de les juger, je vous dirais ceci sommairement :

1° La spécificité d'une hémiplégie syphilitique est rendue *possible* par le seul fait des *antécédents spécifiques* du malade ;

2° Elle est rendue *probable* : par la coïncidence avec les accidents cérébraux d'autres manifestations syphilitiques ; — par les particularités cliniques sus-énoncées, afférentes aux prodromes, au début et à la forme de l'hémiplégie ; — et surtout par l'association à l'hémiplégie d'autres localisations paralytiques ;

3° Elle est rendue *certaine* seulement par les résultats rapidement et indubitablement curatifs de la médication antisyphilitique.

Donc, vous le voyez, avant l'intervention du traitement, nous ne disposons que de ceci : des présomptions, des *probabilités*. Et rien autre, rien de plus. Impossible à nous, avant d'être fixés par ce qu'on appelle l'épreuve thérapeutique, de déclarer formellement si une hémiplégie est ou n'est pas d'origine syphilitique. Nul signe pathognomonique ne nous permet d'affirmer avec toute certitude la spécificité de cette hémiplégie. Voilà le fait.

Eh bien ! c'est là un fait qu'il faut énoncer, proclamer bien haut, car il comporte des conséquences majeures que vous allez facilement comprendre.

Nous n'avons pas, ai-je dit, de certitude absolue sur

la spécificité d'une hémiplégie que certaines considérations nous portent à regarder comme syphilitique. Donc, c'est sur un simple diagnostic *de probabilité* qu'il nous faut, en pratique, régler notre jugement et notre conduite. Sachons bien que nous n'avons rien de plus à attendre, si nous voulons être utiles aux malades. Car exiger davantage, exiger pour agir des éléments plus positifs, serait se résigner à ne pas agir, se condamner à une contemplation pure et simple de la maladie, et condamner les malades à tous les dangers d'une situation des plus graves. La certitude vraie, mathématique, ne fait pas question ici, je le répète; et notre intervention ne peut avoir pour base que de simples éléments de probabilité.

Or, voilà précisément ce que certains médecins semblent ne pas savoir ou ne pas vouloir admettre, à en juger du moins par les résultats de leur pratique. Nombre de fois, déjà, j'ai vu des hémiplégies syphilitiques qui avaient été abandonnées à leur évolution naturelle pour cette seule raison que, tout en les soupçonnant spécifiques d'origine, on n'avait pas osé les traiter comme telles, « *faute de signes en attestant la spécificité d'une façon bien positive* ». On manquait, disait-on, « d'éléments de certitude pour rapporter à la syphilis ces hémiplégies »; et, dans le doute, on s'était abstenu de les attaquer résolûment par la seule médication qui pût leur être utile. Conséquence : ces hémiplégies s'étaient confirmées à l'état d'infirmités définitives, ou s'étaient même compliquées d'accidents d'autre forme et de gravité supérieure encore.

Si de telles fautes, Messieurs, pouvaient avoir leur

excuse à une époque où l'hémiplégie de la syphilis n'était encore que peu connue, elles ne seraient plus pardonnables aujourd'hui. Veillons à nous en préserver. Et, dans ce but, rappelons-nous bien ce qui ressort des observations récentes, ce qui ressort des progrès de la science contemporaine, à savoir :

1° Que l'hémiplégie est une conséquence non-seulement possible, mais fréquente, de la syphilis. — Incontestablement, au-dessus de toute discussion possible, il existe une *hémiplégie syphilitique;*

2° Que cette hémiplégie syphilitique *n'a pas un seul symptôme qui lui soit absolument spécial, propre, pathognomonique ;*

3° Que cependant elle se présente, sinon toujours, au moins habituellement, avec certains attributs cliniques assez remarquables et dans des circonstances assez particulières pour suffire à éveiller l'attention, les soupçons du médecin, et permettre un *diagnostic de probabilité légitime* sur la spécificité de son origine ;

4° Que *ce diagnostic de probabilité est le seul dont nous disposions ;*

5° Conséquemment, enfin, qu'il y a nécessité, urgence pratique à se suffire de cette probabilité rationnelle pour prendre une résolution et instituer le traitement spécifique, sans attendre, au grand détriment des malades, des éléments de certitude qui n'existent pas, qui ne sauraient se produire.

Là, soyez-en sûrs, Messieurs, est le salut des malades ; et telle se présente la véritable ligne de conduite que nous ayons à suivre.

DIX-HUITIÈME LEÇON

FORMES MIXTES. — FORMES DIVERSES. — ÉTAT GÉNÉRAL.

I. *Formes mixtes.* — Caractère non exclusif des types précédemment décrits. — Leur tendance à s'associer, à se fusionner dans une étape ultérieure de la maladie. — De là des formes mixtes. — Diversité possible de combinaisons; d'où irrégularité et variabilité d'expressions cliniques.

II. *Formes vagues.* — Indécision de la forme morbide par pénurie de symptômes. — Indécision de la forme par multiplicité de symptômes ébauchés plutôt que confirmés, et par absence de tout trouble prédominant. — Cette ambiguïté de caractères constitue parfois un signe dont le diagnostic peut tirer parti.

III. *Formes compliquées.*— Possibilité de coïncidences variées.— Syphilis cérébrale coexistant avec des lésions périphériques des nerfs crâniens. — Syphilis cérébrale coexistant avec des lésions de la moelle et des symptômes d'ataxie.

IV. *Incidents de localisation.* — Subordination nécessaire des symptômes au siége des lésions. — L'aphasie et l'hémianesthésie, par exemple, sont des phénomènes qui répondent à des localisations anatomiques particulières. — Autres symptômes de même caractère :

1° *Incoordination motrice ;*

2° Mouvements choréiformes (*hémichorée, athétose*).—Hémichorée simple, isolée. — Hémichorée post-hémiplégique. — Hémiathétose consécutive à l'hémiplégie syphilitique,

3° *Paralysie labio-glosso-laryngée ;*

4° *Polydipsie* et *polyurie.* — *Boulimie.* — *Albuminurie.* — *Diabète;*

5° *Paralysies laryngées;*

6° *Vomissements;*

7° *Troubles circulatoires.* — Symptômes de dépression cardio-vasculaire. — Faiblesse et ralentissement du pouls; refroidissement;

8° *Multiplicité singulière de symptômes.* — Association possible de plusieurs types paralytiques. — Exemple clinique.

V. *État général* des malades dans le cours des accidents cérébraux. — Variétés. — Déclin habituel des fonctions de nutrition; altération progressive de la santé.

Messieurs,

Dans les conférences qui ont précédé celle-ci, je vous ai montré comment débute et se confirme la syphilis cérébrale.

Vous l'avez vue se traduire par des symptômes remarquablement multiples et variés. Et cependant, si nombreuses et si diverses que soient ses manifestations cliniques, nous avons pu sans grands efforts les ramener à six types principaux, que je vous ai décrits successivement sous les noms de formes *céphalalgique*, *congestive*, *épileptique*, *aphasique*, *mentale* et *paralytique*.

Un appendice, maintenant, est nécessaire à l'exposé qui précède. Il aura pour objet, d'une part, de combler certaines lacunes, et, d'autre part, d'amender, de corriger ce qu'ont d'exclusif les descriptions dogmatiques auxquelles nous avons été forcé de recourir pour la clarté du sujet.

I

Un mot, tout d'abord, sur ce qu'on pourrait appeler les *formes mixtes* de la maladie.

Je vous l'ai dit dès le début de ces conférences, les types pathologiques que nous avons constitués sous le nom de « formes initiales » de la syphilis du cerveau sont bien loin d'être exclusifs les uns des autres. Tout au

contraire, il leur arrive fréquemment, très-fréquemment, de se combiner, de s'associer, même à une époque jeune encore de l'affection. *A fortiori* n'offrent-ils que plus de tendance encore à la fusion dans une étape ultérieure.

C'est ainsi que la forme céphalalgique n'est en général qu'un prodrome à d'autres formes plus accentuées. — De même, la forme congestive sert habituellement de préambule à l'épilepsie, aux troubles intellectuels et paralytiques. — Les formes aphasique, mentale, épileptique, se combinent presque infailliblement avec des manifestations d'autre genre. — Enfin, pour la forme paralytique, si dans un tiers des cas elle apparaît seule, isolée, au début de la syphilis cérébrale, dans les deux tiers des cas elle n'est que l'aboutissant commun d'accidents de tout genre.

De sorte qu'en définitive toutes ces diverses formes, que nous avons nettement circonscrites et définies pour la facilité d'une exposition didactique, se fondent, se réunissent, *s'associent* le plus souvent, pour constituer à un moment donné des formes plus complexes. Et celles-ci, participant de plusieurs des types élémentaires précédemment décrits, méritent bien, vous le voyez, la qualification de *formes mixtes*.

Or, remarquez bien ceci : comme aucun ordre préétabli ne préside à l'éclosion des formes élémentaires, initiales, de la syphilis du cerveau, comme c'est tantôt la céphalée, tantôt l'épilepsie, tantôt la paralysie, etc., qui ouvre la scène morbide, il en résulte que les associations ultérieures qui composent les formes mixtes peuvent se faire suivant des modes très-variables, très-dissembla-

bles. Ici, par exemple, c'est la paralysie qui inaugurera le début des accidents ; puis viendront à sa suite des troubles épileptiques et intellectuels ; là, inversement, c'est l'épilepsie ou le désordre mental qui servira de prélude, auquel succéderont des phénomènes paralytiques, etc., etc. Sans que j'aie besoin d'insister davantage, vous voyez immédiatement quelle diversité de combinaisons est susceptible de se produire. De là, en conséquence, une *variabilité* excessive comme ensemble, comme succession de symptômes. Et, en effet, prenez un certain nombre d'observations de syphilis cérébrale et comparez-les entre elles ; peut-être n'en trouverez-vous pas deux sur vingt qui se ressemblent, qui soient, si je puis ainsi parler, coulées dans le même moule, tandis que toutes les autres offriront des dissemblances profondes comme nombre, comme qualité, comme groupement, comme enchaînement de phénomènes.

Eh bien! cette *irrégularité*, cette *variabilité d'expression* constitue précisément un des caractères les plus spéciaux, les plus saillants, les plus remarquables, de la syphilis du cerveau.

Retenez donc bien ce premier point, Messieurs. La syphilis cérébrale, au moins dans ses formes de début, est essentiellement POLYMORPHE, et cela à deux titres :

D'une part, les symptômes cliniques qui la composent, qui la traduisent, sont aussi nombreux que divers ;

Et, d'autre part, ces symptômes sont sujets à s'associer, à se succéder, suivant des combinaisons non moins multiples et variées.

II

Après les formes mixtes, venons à ce que j'appellerai les *formes vagues*.

La syphilis cérébrale ne se présente pas toujours, dans ses étapes initiales, avec un ensemble symptomatologique assez net, assez précis, pour permettre de catégoriser du coup un cas particulier dans telle et telle des six formes précédemment décrites. Parfois, au contraire, elle n'offre que des manifestations assez peu accentuées, assez indécises, pour ne constituer véritablement que des formes *vagues*, et vagues de deux façons : soit qu'elle consiste seulement en un petit nombre de symptômes incomplétement formulés, ébauchés en quelque sorte, et pauvrement significatifs au total ; — soit qu'elle se compose d'un certain nombre de symptômes de valeur à peu près égale, sans prédominance marquée d'aucun d'entre eux.

Je m'explique par quelques exemples, qui sont ici nécessaires.

Un de mes malades présentait ceci comme symptômes de syphilis cérébrale : incertitude et faiblesse des mouvements, avec tremblement léger des mains, mais sans paralysie ; — certain embarras, certaine débilité d'intellect, mais sans incapacité réelle, encore moins sans hébétude ou incohérence. Et c'était tout. Rien autre à constater, même après examen minutieux, méticuleux. Ce que le malade éprouvait, en somme, se bornait donc à quelques symptômes moteurs et psychiques. Il se plaignait d'une faiblesse insolite dans les jambes, d'un sentiment de courbature constant. « Il peinait à marcher, il peinait à se mouvoir, à s'habiller, à écrire. » Il accusait

un défaut de sûreté, de précision dans les mouvements. Il redoutait de sortir, dans la crainte d'un faux pas, d'un écart. Il n'osait traverser une rue dès qu'il apercevait une voiture à quelque distance. « Se trouvant face à face avec un passant, il n'aurait jamais pu, disait-il, se tirer d'affaire pour prendre sa gauche ou sa droite, etc. » Et, cependant, cet homme marchait bien ; il allait et venait, vaquait à ses affaires, serrait fortement la main qu'on lui présentait, et n'offrait au total aucun trouble précis de motilité. — De même, intellectuellement, il restait capable de diriger une importante maison de commerce, de discuter ses intérêts, d'écrire, de calculer, etc. ; mais, suivant son impression propre et celle de son entourage, il n'avait plus la même initiative, la même facilité de conception, la même aptitude aux affaires. Écrire une lettre quelque peu compliquée était pour lui une fatigue réelle. Parfois encore il commettait des oublis, des négligences, dont il s'étonnait ensuite tout le premier.

Voyez, Messieurs, quelle symptomatologie à l'état d'ébauche ! Et quel diagnostic instituer sur des données aussi vagues, aussi incomplètes ?

Aussi, plusieurs mois se passèrent-ils de la sorte, sans que divers médecins, tour à tour consultés, parvinssent à formuler un jugement sur cet état de choses. Et la situation n'eût pas tardé à devenir singulièrement critique si, par bonheur, une exostose n'était apparue sur le sinciput. Ce fut un trait de lumière. Car, sur cette donnée, on se hâta de prescrire un traitement spécifique, lequel détermina un amendement immédiat de tous les phénomènes, suivi à brève échéance d'une complète guérison.

De même, sur l'un de mes amis, une syphilis cérébrale ne se traduisit — et cela pendant plusieurs mois — que par les seuls symptômes suivants : dépression intellectuelle et physique, avec tremblement léger, presque imperceptible, des doigts. Le malade n'avait plus son aptitude habituelle au travail ; écrivant un livre à ce moment, il ne pensait et ne composait plus qu'avec lenteur, difficilement, laborieusement. D'autre part, il se sentait toujours fatigué, harassé, « moulu », et le moindre exercice « lui était à charge », pénible, presque douloureux. Ici encore, comme dans le cas précédent, ce fut une lésion syphilitique contemporaine (ostéite du crâne) qui mit sur la piste des accidents, et le traitement spécifique, institué à ce propos, fut couronné d'un égal succès.

Incidemment, Messieurs, remarquez bien ces curieux phénomènes de faiblesse, d'accablement, de *prostration musculaire* (le mot n'a rien d'exagéré). Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des malades qui, au début et dans les premiers temps d'une syphilis cérébrale, se plaignent d'une lassitude constante, d'une débilité singulière, d'un véritable anéantissement des forces. Cette débilité est générale, sans prédominance vers une moitié du corps. Naturellement aussi, elle se fait sentir surtout aux membres inférieurs ; si bien qu'elle donne souvent le soupçon d'une lésion médullaire, alors qu'elle constitue par excellence le symptôme d'une affection cérébrale.

Autre exemple d'une encéphalopathie syphilitique de forme vague. Un homme jeune encore vient me consulter pour des phénomènes d'impuissance. Marié depuis deux mois, il n'a pu, me raconte-t-il, avoir un seul

rapport avec sa femme, parce que, d'une part, il n'a plus que des érections rares, difficiles, incomplètes, et parce que, d'autre part, l'érection à peine produite est suivie d'une éjaculation immédiate. Interrogeant et examinant ce malade avec soin, j'obtiens de lui, d'abord, l'aveu d'une syphilis antérieure ; puis je recueille divers signes ne pouvant laisser le moindre doute sur une affection cérébrale, à savoir : maux de tête intenses et nocturnes depuis dix-huit mois ; — faiblesse musculaire générale : tous les mouvements sont libres, mais la marche est lente, pénible, et la main n'est capable d'exercer qu'une pression véritablement minime ; — amblyopie progressive de l'œil gauche depuis un certain temps. — Enfin, l'ophthalmoscope me révèle sur cet œil une névrite optique des mieux accentuées et du genre de celles que je vous décrivais dernièrement comme symptomatiques de lésions rétro-papillaires, intra-crâniennes. — Donc l'évidence était formelle, et ces divers symptômes (comme l'événement le démontra du reste ultérieurement) ne faisaient que traduire une syphilis cérébrale, mais une syphilis cérébrale, avouons-le, à marche remarquablement lente, sourde, insidieuse, et de forme singulièrement indécise.

Laissez-moi encore, toujours au même propos, vous citer sommairement le fait d'un malade qui, pour tous symptômes d'une affection de même ordre, ne présentait que ceci : céphalée violente ; — bourdonnements d'oreilles ; — faiblesse excessive, véritable prostration musculaire ; — accès intermittents de subdelirium ; — polydipsie, avec polyurie ; — et rien autre, absolument, rien de plus significatif. Grâce à ses antécédents, bien

connus de son médecin et de moi, ce malade fut soumis au traitement spécifique, qui dissipa comme par enchantement ces divers phénomènes.

En second lieu, vous ai-je dit, d'autres cas se rencontrent où l'indécision de la forme morbide résulte moins de la pénurie que de la multiplicité même des symptômes, mais de symptômes superficiels, ébauchés plutôt que confirmés, et de valeur relative à peu près uniforme.

Il en est ainsi de certains malades qui se présentent avec toute une série de manifestations morbides, mais sans prédominance d'aucune d'elles. Ils ont « de tout un peu », passez-moi l'expression, sans avoir rien de bien précis, de nettement accentué. On dirait que, chez eux, l'action de la diathèse s'éparpille sur le cerveau, sans se fixer nulle part, sans déterminer ici ou ailleurs une lésion plus particulièrement importante.

Tel était le cas d'un jeune homme que j'ai eu l'occasion de traiter avec M. Charcot, et sur lequel le savant professeur formula, comme moi, le diagnostic de syphilis cérébrale « *à forme vague* ». Ce malade, dont les troubles cérébraux ne remontaient pas à moins de cinq années, offrait un véritable pêle-mêle de symptômes qui s'étaient succédé depuis lors et dont la plupart persistaient encore au moment de notre examen, à savoir : accès intermittents de céphalée ; — insomnie, cauchemars ; — crises fréquentes de vertiges intenses ; — troubles sensoriels : bourdonnements d'oreilles ; amblyopie ; — troubles moteurs : faiblesses passagères dans les membres inférieurs ; légère incertitude dans la marche, et, par moments, propulsion latérale ; — trou-

bles intellectuels : état habituel d'excitation cérébrale, d'exaltation, mais sans délire véritable; absences éphémères ; affaiblissement de la mémoire ; — diminution de la puissance virile, avec éjaculations immédiates; — vomissements de temps à autre; — polydipsie et polyurie; — boulimie, etc., etc.

Que de symptômes divers réunis sur un même malade, et que de symptômes effleurant simplement les modalités fonctionnelles de l'encéphale sans en léser aucune profondément, d'une façon prédominante! Quelle forme vague par excellence, à la fois complexe et indécise comme expression morbide, comme physionomie générale !

Eh bien ! les types de ce genre ne sont pas rares, Messieurs. Pour ma seule part, j'en ai rencontré déjà un certain nombre. Je dirai même que cette *indécision* de forme morbide, cette *multiplicité confuse* de phénomènes, cette absence de symptômes prédominants vers une fonction encéphalique particulière, constituent pour moi des caractères diagnostiques d'une certaine valeur. Assurément, la syphilis cérébrale n'est pas seule à se présenter sous ces allures complexes, en même temps que désordonnées, indéfinies, équivoques, ambiguës. Mais à coup sûr, aussi, elle affecte ces formes vagues avec une prédilection non douteuse, et elle les affecte plus souvent que nombre d'autres maladies cérébrales d'autre nature. C'est donc là une particularité dont le diagnostic peut, à l'occasion, tirer utile profit.

III

A côté des formes vagues prennent naturellement place les *formes compliquées*.

Celles-ci se composent des cas (relativement assez rares) où des phénomènes nerveux de provenance diverse viennent accidentellement s'ajouter aux symptômes cérébraux proprement dits.

Il se peut, en effet, qu'une syphilis cérébrale coïncide avec des lésions périphériques des paires crâniennes; — par exemple, avec une hémiplégie du facial, dérivant d'une ostéite spécifique du temporal.

Il se peut également (et ceci a une bien autre importance) qu'elle coïncide avec des lésions affectant la moelle. C'est ainsi que, dans un cas des plus curieux, publié par MM. Charcot et Gombault, l'autopsie révéla, d'une part, de nombreuses plaques de sclérose éparses sur divers points de l'encéphale, et, d'autre part, de non moins importantes altérations du cordon rachidien (1).

La coexistence possible de lésions affectant à la fois l'encéphale et la moelle explique le mélange singulier de symptômes qu'on rencontre chez certains malades. Il est des cas où, de la sorte, on voit s'associer des phénomènes d'ordre cérébral et d'ordre médullaire. Bien que les faits de ce genre doivent trouver leur place naturelle dans un autre chapitre, je vous en citerai un exemple dès ce moment, pour fixer vos convictions à ce sujet.

Un malade, que je traite depuis de longues années, a contracté la syphilis en 1859. Dix ans plus tard, alors que je l'avais perdu de vue pendant un certain laps de temps, il revient me trouver pour une *paralysie de la sixième paire gauche*, avec accès intenses de céphalée. Traité

(1) V. Archives de physiologie normale et pathologique, publiées par MM. Brown-Sequard, Charcot et Vulpian, t. V. 1873, page 143.

par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, il guérit. — En 70, nouvel accident : *paralysie partielle de la troisième paire droite*. De plus, symptômes non douteux d'ataxie : douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, faiblesse des jambes, incertitude de la marche, oscillation immédiate déterminée par l'occlusion des yeux, etc... Traitement énergique (mercure et iodure), ayant pour résultat d'enrayer et de dissiper presque complétement ces manifestations diverses. — Mais, en 75, premier accès d'*aphasie*, et *troubles intellectuels* nettement accentués. Nouveau traitement; guérison.— En 76, second accès d'aphasie, et réapparition des douleurs fulgurantes; cette fois encore, les phénomènes morbides cèdent à la médication spécifique. — Enfin, ces derniers mois, troisième accès d'aphasie, avec *monoplégie brachiale droite, glossoplégie, désordres d'intelligence* bien plus fortement accusés que dans les accès précédents, et début d'*hébétude* progressive.

Des observations de ce genre, à symptômes cérébraux et médullaires soit associés dans le même temps, soit se succédant à échéance plus ou moins rapprochée, ne sont pas absolument rares. J'en ai déjà observé un certain nombre, et je me réserve de vous en parler avec détails alors que je vous tracerai l'histoire des affections syphilitiques de la moelle.

IV

Vient en dernier lieu un groupe de formes qu'il serait malaisé de désigner d'un nom collectif, parce qu'elles n'offrent de l'une à l'autre aucun lien commun, aucune connexion réciproque.

Ce groupe comprend toutes les variétés symptoma-

tologiques qu'est susceptible d'affecter la syphilis cérébrale en raison de la diversité possible de ses localisations anatomiques.

A vrai dire, ces variétés, que constitue simplement l'adjonction aux symptômes morbides usuels d'un ou de plusieurs symptômes insolites, sont moins des formes particulières de syphilis cérébrale que de simples *incidents de localisation*. Mais peu nous importe. Elles nous présentent la maladie modifiée dans ses expressions habituelles par l'intervention de phénomènes nouveaux, et, à ce titre, elles sont dignes de tout notre intérêt.

En pathologie cérébrale, tout est subordonné à la condition majeure, prédominante, du *siége* des lésions. Suivant que la lésion affecte tel ou tel département du cerveau, elle devient l'origine de tel ou tel trouble de fonctions. C'est là un fait de notoriété commune, qu'il suffit d'énoncer. Or, la syphilis pouvant porter son action sur les divers districts de l'encéphale, il suit de là qu'elle est naturellement et forcément appelée à exciter des troubles fonctionnels variés, en relation anatomique précise avec le siége qu'elle affecte dans chaque cas particulier. Les expressions cliniques de la syphilis cérébrale, reflet des lésions qui leur servent d'origine, sont donc soumises avant tout aux localisations de la diathèse dans l'encéphale.

C'est ainsi que, dans les cas où elle affecte les régions inférieures du cerveau, la maladie se traduit de préférence par des phénomènes divers de *paralysie*. Et pourquoi? Parce que là, vers la base du crâne, elle rencontre d'une part les nerfs cérébraux et, d'autre part, l'isthme de l'encéphale.

Inversement, des lésions se localisant vers les parties antéro-supérieures, au niveau de la convexité, auront plutôt pour expressions cliniques des symptômes d'un autre genre, à savoir : *accidents épileptiformes* (épilepsie latéralisée, partielle) ; — *troubles intellectuels* variés (excitation, exaltation, hébétude, tous phénomènes se rapprochant de ce qu'on observe dans la paralysie générale); — et troubles moteurs de l'ordre de ceux qui caractérisent les *paralysies corticales* (paralysies souvent dissociées, partielles, transitoires, variables, etc.).

Pour des raisons toujours identiques, la syphilis cérébrale affectera des modalités cliniques très-différentes suivant que, anatomiquement, elle se concentrera sous forme de lésions *en foyer*, ou bien qu'elle se disséminera, s'éparpillera sous forme de lésions *diffuses*. Dans le premier cas, elle déterminera plus spécialement des paralysies fixes, bien définies, nettement limitées, systématiques en un mot, suivant l'expression consacrée ; — et, dans le second, elle n'aura plus que des symptômes moins arrêtés, moins précis.

De même, l'*aphasie* sera la conséquence clinique d'une lésion intéressant la circonvolution de Broca.

De même, l'*hémianesthésie* cutanée et sensorielle témoignera de lésions affectant la capsule interne ; etc., etc.

Eh bien, il est encore toute une série de symptômes très-divers qui, intervenant dans la maladie avec une fréquence moindre, dérivent manifestement de localisations particulières de la diathèse vers certains districts cérébraux. Sans doute nous ne sommes pas encore en mesure aujourd'hui de les rapporter tous à une origine anatomique précise, nettement et sûrement définie. Mais l'analogie et le bon sens nous autorisent à les considérer

pour ce qu'ils sont bien certainement, à savoir pour des troubles fonctionnels se rattachant à la lésion de centres encéphaliques spéciaux, en un mot, pour des *accidents de localisation*.

Quels sont donc les symptômes auxquels je fais allusion ici ? Je ne saurais à coup sûr vous les énumérer tous ; laissez-moi du moins vous signaler les principaux.

I. — Sur quelques malades, on a vu s'associer à la symptomatologie usuelle de la syphilis cérébrale, ou même figurer isolément dans la scène morbide, certains phénomènes curieux d'*incoordination motrice*, à savoir : marche incertaine, indécise, saccadée, vacillante, ébrieuse, « en zigzags » ; — difficulté à suivre la ligne droite, écarts latéraux ; affaissements subits ; — plus rarement, impulsions irrésistibles, entraînement à droite ou à gauche, voire mouvements de recul.

D'autre part, il est à remarquer que les phénomènes de cet ordre coexistent le plus habituellement avec un autre groupe de symptômes constitué par une céphalée intense ; — des vertiges fréquents ; — des vomissements répétés, remarquablement opiniâtres, et se produisant sans efforts ; — des troubles de la vision, des spasmes oculaires, etc.

Un tel ensemble morbide se rattache-t-il, comme l'ont avancé quelques auteurs, à des lésions cérébelleuses ? C'est là ce qui reste encore très-incertain. En ce qui nous concerne du moins, nous manquons de preuves anatomiques suffisantes pour accepter cette hypothèse de localisation autrement que sous bénéfice d'inventaire.

II. — En d'autres cas, non moins rares, des *mouvements choréiformes* (*hémichorée, athétose*) prennent place dans la symptomatologie de la syphilis cérébrale.

Ce sont toujours des phénomènes unilatéraux (au moins d'après les observations dont je dispose). Ils se produisent dans deux ordres de conditions différentes : soit isolément, c'est-à-dire sans autres troubles musculaires contemporains ; — soit en compagnie ou surtout à la suite de symptômes hémiplégiques.

Comme exemple du premier genre, je vous citerai le cas suivant. Un de mes malades, syphilitique depuis trois ans, commence, il y a deux mois, par être pris d'attaques d'épilepsie partielle qui se localisent invariablement dans le membre inférieur droit. Il néglige ces accidents, et devient sujet, cinq semaines plus tard, à des accès d'un tout autre genre, accès véritablement *choréiformes*, qui se répètent chaque jour à maintes et maintes reprises, parfois même d'une façon subintrante. Pour avoir été témoin plusieurs fois de ces accès singuliers, je puis vous les décrire exactement. Ils affectent la face, la langue, et plus spécialement encore la main gauche. Soudainement, cette main, à propos d'un mouvement, d'un effort musculaire quelconque, est agitée, secouée par un tremblement intense, qui se propage bientôt à l'avant-bras. Puis les doigts se crispent, s'étendent et se fléchissent alternativement, se tordent, se convulsent en tous sens, en même temps que le membre continue à être ébranlé par des saccades désordonnées, arhythmiques, tumultueuses. Ce trouble singulier augmente encore et s'exaspère d'une façon très-notable, lorsque le malade fait effort pour le dominer. Si bien qu'au total, pendant

toute la durée du spasme, la main reste incapable du plus simple mouvement volontaire, de celui, par exemple, qui consiste à boutonner une bretelle ou à porter un aliment à la bouche. — Finalement, après quelques minutes en moyenne, la crise convulsive s'apaise par degrés, et tout rentre dans l'ordre.

Assez habituellement, mais non d'une façon constante, des phénomènes de même ordre se produisent dans le même temps vers la face et la langue. La face alors se met à grimacer étrangement; la paupière sautille, la commissure gauche est déviée. — La parole devient entrecoupée, heurtée, scandée, comme trémulente, si je puis ainsi dire; bientôt elle ne consiste plus qu'en des sons inintelligibles, inarticulés. — La langue s'agite convulsivement dans la bouche. — Enfin la physionomie vultueuse, effarée, traduit l'angoisse éprouvée par le malade en ce moment. — Comme pour la main, ces spasmes se calment après une courte durée (1).

Les cas de cet ordre sont à coup sûr très-exceptionnels. Et la règle, je vous le répète, c'est que les accidents d'hémichorée soient contemporains de symptômes hémiplégiques ou, bien plus souvent encore, consécutifs à des hémiplégies.

C'est ainsi, par exemple, que, dans une observation due à M. le Dr Costilhes, nous voyons une jeune femme,

(1) Les crises dont il vient d'être question offrent un *lien de parenté* évident (qu'on me passe le terme) avec les crises de l'épilepsie partielle. Mais elles en diffèrent essentiellement par le caractère *choréique*, véritablement choréique, de l'agitation musculaire.

Qu'on les assimile à l'épilepsie, je n'y ferai pas d'objection, pour mon compte. Toujours est-il que, dans cette façon d'envisager les choses, ce serait là une épilepsie d'une modalité tout à fait particulière, une *épilepsie choréiforme*, très-différente de ses types habituels et classiques.

consécutivement à divers symptômes de syphilis cérébrale (céphalée, vertiges, insomnie, vomissements), être prise à la fois et d'une parésie droite et de mouvements choréiques dans les membres du même côté (1).

De même, un malade de M. Lancereaux « était presque complétement guéri d'une hémiplégie syphilitique, lorsque se manifestèrent des mouvements choréiques très-violents dans le côté qui avait été le siége de la paralysie » (2).

De même encore, le Dr Alison a relaté le cas très-intéressant d'une hémichorée qui succéda, dans un laps de neuf mois, à une parésie hémiplégique et qui fut particulièrement remarquable à divers titres : d'une part, en raison de l'intensité insolite des spasmes convulsifs, et, d'autre part, eu égard à la concomitance de divers phénomènes, tels que : excitation cérébrale, fou rire, difficulté de parole, troubles intellectuels, etc. Le traitement spécifique fit justice de tous ces accidents avec une rapidité significative (3).

Enfin, en d'autres circonstances, on a vu des troubles musculaires post-hémiplégiques prendre la forme de l'*athétose* proprement dite.

Ce qu'on observe alors consiste en des mouvements singuliers, affectant l'extrémité seule des membres paralysés (doigts et main, pied et orteils), et très-différents comme caractères des brusques saccades de l'hémichorée ; — mouvements involontaires, bien en-

(1) *Gazette médicale*, 1852.

(2) *Des affections nerveuses syphilitiques*, par Gros et Lancereaux, Paris, 1861, p. 270.

(3) *Some Cases of syphilitic chorea*, par le Dr Robert H. Alison. (*The American Journal of the medical sciences*, Philadelphie, juillet 1877.)

tendu, et ne faisant même que s'exagérer sous l'influence de la volonté qui s'y oppose ou de l'attention qu'y prête le malade ; — mouvements continus, lents, exagérés d'attitude, se succédant sans la moindre régularité, et rappelant, comme on l'a dit « le va-et-vient perpétuel des tentacules du poulpe marin. »

Aujourd'hui même, précisément, j'ai pu vous montrer dans le service un exemple de ces troubles bizarres sur le malade couché au n° 45 de la salle Saint-Louis. Cet homme, comme je vous le disais à l'instant, a été affecté, il y a quelques mois, d'une hémiplégie dont la spécificité syphilitique ne saurait rester douteuse. Grâce au traitement, les symptômes paralytiques allaient se modifiant d'une façon avantageuse, quand sont apparus tout récemment des phénomènes d'*hémiathétose* affectant les extrémités des membres paralysés. Vous venez de voir la main et le pied de ce malade agités de mouvements incessants, qui n'ont fait que s'accroître au moment de notre examen. Vous avez dû remarquer surtout l'agitation lente et continue des doigts, se crispant en tous sens indépendamment les uns des autres, et exagérant jusqu'à imminence de dislocation articulaire l'étendue des mouvements qui leur sont dévolus. Vous n'avez pas été moins frappés des spasmes convulsifs qui imprimaient à la main, par rapport à l'avant-bras, les attitudes forcées les plus étranges. Eh bien ! c'est là, par excellence, un type d'athétose, et, en l'espèce, d'athétose consécutive à une hémiplégie syphilitique (1).

(1) Depuis que ces leçons ont été professées, j'ai eu connaissance d'autres faits d'athétose observés sur des sujets syphilitiques, et toujours consécutivement à l'hémiplégie. — On trouvera deux cas de ce genre dans le remarquable travail que M. le Dr Paul Oulmont a consacré à l'étude générale de l'athétose (*Étude clinique sur l'athétose*, Paris, 1878).

L'hémichorée et l'hémiathétose sont, manifestement, des symptômes dérivant de lésions cérébrales à localisation particulière. Elles n'ont rien à voir, d'autre part, avec la nature, la spécificité de ces lésions.

Ce sont donc purement et simplement, en ce qui nous concerne, des *incidents de localisation.*

III.—Il en est de même d'un autre complexus pathologique, connu sous le nom de *paralysie labio-glosso-laryngée*, lequel aussi peut prendre rang au nombre des expressions cliniques de la syphilis cérébrale.

Je n'ai vu que deux fois jusqu'à ce jour la syphilis déterminer des symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée, et cela dans des conditions différentes, qu'il est essentiel de bien spécifier ici, ne serait-ce qu'à titre de jalons pour des observations ultérieures (1).

Dans le premier cas, la paralysie labio-glosso-laryngée a été *primitive*. Elle a ouvert la scène, pour n'être suivie qu'à échéance assez lointaine de phénomènes d'autre genre (paralysies oculaires multiples, etc.).

Dans le second cas, elle a été *consécutive*. Elle n'est intervenue que comme épiphénomène d'un état cérébral déjà amplement et fortement constitué.

Le sujet de cette seconde observation est précisément dans nos salles en ce moment. Vous le connaissez de vieille date. Son histoire se résume en ceci :

— M. le professeur Charcot me disait récemment avoir dans ses notes deux observations semblables, qu'il se propose de livrer prochainement à la publicité.

(1) Au moment où je corrige les épreuves de ce volume, un troisième cas vient de se présenter à mon observation. Il est relatif à un malade qui, consécutivement à une hémiplégie syphilitique, a été pris de symptômes constituant un type accompli de paralysie labio-glosso-laryngée.

Syphilis datant de quatre années. — Divers accidents secondaires. — Deux ans après, accès violents de céphalée. — Puis, crises multiples d'aphasie, avec ébauche d'hémiplégie droite. — Plus tard, deux attaques d'hémiplégie droite, dont la dernière persiste encore actuellement. — Enfin, l'année dernière, invasion d'accidents nouveaux : embarras croissant de la parole, relativement à l'articulation des sons ; écoulement incessant de salive par les lèvres entr'ouvertes ; mastication devenue lente et pénible ; langue se paralysant ; difficultés considérables de déglutition. — Admission à Saint-Louis, dans cet état, il y a quelques mois.

Lors de son entrée dans nos salles, ce malade offrait, indépendamment de son hémiplégie, un type accompli de la curieuse affection dite paralysie labio-glosso-laryngée, à savoir : aspect spécial de la physionomie ; bouche constamment entr'ouverte ; « air pleurard, » suivant le terme consacré ; paralysie des lèvres, dont la supérieure est relevée et l'inférieure pendante ; écoulement de salive incessant par l'orifice buccal ; impossibilité de siffler, de souffler, etc. ; — mutisme complet ; parole remplacée par une sorte de grognement inarticulé, nasillard ; — immobilité presque absolue de la langue, qui ne peut être tirée hors de la bouche, pas plus que relevée vers la pointe, pas plus que déviée latéralement ; — mastication très-difficile et très-lente, au point qu'une croûte de pain séjournait quelquefois une heure entière dans la bouche ; parcelles alimentaires s'accumulant entre les lèvres et les dents, souvent même rejetées au dehors ; — déglutition très-pénible, ne s'accomplissant qu'au prix de longs efforts, voire avec l'aide du doigt introduit dans la bouche et refoulant le bol alimen-

taire vers le pharynx ; — régurgitation nasale des boissons ; — paralysie du voile palatin ; — luxation fréquente de la mâchoire, par prédominance d'action des muscles abaisseurs sur les muscles élévateurs, etc., etc.

Or, vous avez été témoins des heureux résultats produits ici par la médication spécifique, résultats d'autant plus surprenants que la paralysie labio-glosso-laryngée constitue, comme vous le savez, une affection presque invariablement progressive, extensive et fatale. Sous l'influence d'un traitement énergique, vous avez vu tous les symptômes précédents s'atténuer, s'amender, au point que la situation du malade est aujourd'hui complétement différente de ce qu'elle était il y a trois mois. Vous venez à l'instant d'entendre cet homme ébaucher non pas seulement quelques mots, mais de véritables phrases ; il prononce nettement son nom, le millésime de l'année, le numéro de son lit, etc. La lèvre inférieure n'est plus pendante, la bouche se ferme, la langue peut être tirée hors des arcades dentaires. Le mastication et la déglutition s'opèrent d'une façon encore un peu lente, mais bien moins laborieuse, bien plus régulière ; les boissons ne sont plus rejetées par le nez, etc. Bref, le malade, dès à présent, peut être dit à moitié guéri (1) ; et

(1) La fin de cette intéressante observation m'a échappé, bien malheureusement. Le malade était tellement satisfait du changement survenu dans sa situation qu'il se jugeait guéri, et nous n'avons pas réussi, malgré de vives instances, à le retenir près de nous. Qu'est-il devenu depuis lors ? Je l'ignore absolument, n'ayant pu obtenir de renseignements ultérieurs.

Un cas analogue, suivi de guérison complète, a été relaté par le Dr W. B. Cheadle (*Saint-George's hospital Reports*, vol. V. — Analyse dans les *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, publiées par Doyon, t. III, 1870-71.)

Dans un autre cas, dû à mon collègue et ami le Dr Féréol, le traitement spécifique fut suivi d'un amendement considérable dans les phé-

c'est là, à coup sûr, un témoignage irrécusable de la spécificité des lésions d'où dérivaient de tels phénomènes.

IV. — D'autres incidents de localisation se traduisent par divers phénomènes qu'on voit parfois s'ajouter à la symptomatologie usuelle de la syphilis cérébrale, à savoir : polydipsie et polyurie; — boulimie; — albuminurie; — diabète.

Ces symptômes sont tous rares; mais ils le sont à des degrés inégaux.

Le moins rare est la *polydipsie*, avec sa compagne naturelle, la *polyurie*. Je trouve six cas dans mes notes où une exagération notable de la soif, avec surabondance des urines, est intervenue au milieu de divers phénomènes de syphilis cérébrale (accidents congestifs, épilepsie, paralysies oculaires, hémiplégie faciale, troubles intellectuels, etc.).

Deux de ces cas nous présentent la *boulimie* associée à la polydipsie, et persistant avec les autres symptômes morbides pendant une durée de plusieurs mois. — Dans l'un et l'autre de ces cas, les urines, analysées avec soin, n'offraient pas trace de glycose (1).

Quant au *diabète* et à l'*albuminurie*, leur apparition dans un groupe de troubles fonctionnels reliés à une lésion de l'encéphale n'aurait non plus rien de surprenant. Et cependant, ce sont là des symptômes que je

nomènes morbides. Malheureusement encore, le malade quitta l'hôpital d'une façon prématurée (V. *Essai clinique sur l'hémiplégie syphilitique*, par le Dr P. Hellet, Paris, 1878.).

(1) V. une intéressante observation du Dr Broadbent, dans laquelle une boulimie intense coïncidait avec divers symptômes de syphilis cérébrale, notamment avec un hoquet persistant, un flux abondant de salive, etc. (*The Lancet*, 1876.)

puis dire tout à fait exceptionnels. Je suis bien loin d'en contester l'authenticité, dûment démontrée par quelques observations précises (1), et je m'étonne même qu'ils ne figurent pas plus souvent au nombre des accidents de la syphilis cérébrale. Mais je ne puis m'empêcher de constater un fait, c'est que jusqu'à ce jour je ne les ai rencontrés sur aucun de mes malades.

Lorsque des phénomènes relevant de ce groupe morbide viennent à se produire, nous sommes autorisés par analogie à les considérer comme traduisant des localisations anatomiques particulières. Nous pouvons même avoir le soupçon qu'ils se rattachent à quelque altération intéressant ou avoisinant le quatrième ventricule, dont la lésion expérimentale est susceptible, comme l'a démontré Cl. Bernard, de provoquer des symptômes de ce genre. Une observation très-remarquable, due à M. Perroud (de Lyon), témoigne en ce sens d'une façon très-précise et mérite d'être citée.

Une femme de 43 ans commence par éprouver assez brusquement et sans cause appréciable une *soif* des plus intenses; elle va jusqu'à boire « dix litres par jour », et naturellement elle rend une quantité proportionnelle d'urine, urine claire et limpide, ne contenant pas trace de glycose. Plus tard, elle devient sujette à des crises intermittentes de céphalalgie occipitale, à des vertiges, à des bourdonnements de l'oreille gauche, à des troubles de la vue. On méconnaît la syphilis, sur laquelle d'ailleurs la malade n'appelait en rien l'attention, ni par ses

(1) V. Leudet, *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1189; — Lancereaux, *Traité de la syphilis*, Paris, 1873, 2e édition, p. 364; — Servantie, *Des rapports du diabète et de la syphilis* (Thèses de Paris, 1876); — etc.

32

réponses ni par aucun symptôme antécédent ou actuel. Puis, six mois après le début de l'invasion morbide, ictus apoplectique soudain, hémiplégie gauche, troubles intellectuels, coma, et mort rapide en douze jours. — A l'autopsie, diverses lésions, témoignages non équivoques de la spécificité syphilitique des accidents : d'abord, lésions caractéristiques du foie, inutiles à reproduire ici ; — en outre, lésions méningées, non moins significatives ; — lésions de ramollissement cérébral ; — et cinq tumeurs encéphaliques, que leur aspect physique, non moins que les données fournies par le microscope, autorise à considérer comme des gommes. Or, de ces tumeurs, l'une et la plus importante, du volume d'un pois, occupait précisément la face inférieure du cervelet et se trouvait en rapport avec la face postérieure du bulbe, c'est-à-dire avec le *plancher du quatrième ventricule*, dans la moitié gauche duquel elle avait creusé une dépression très-manifeste (1).

N'est-il pas rationnel de croire que cette tumeur avait agi sur le quatrième ventricule en y déterminant une irritation semblable à celle qu'y excitent les piqûres expérimentales ? La polydipsie n'était donc, dans le cas précité, qu'une conséquence du siége spécial des lésions anatomiques, qu'un incident pur et simple de localisation (2).

V. — Cette même interprétation s'applique non moins

(1) Lyon médical, 1869.

(2) En outre, d'après le Dr Perroud, « la présence de cette petite tumeur sur les barbes du *calamus scriptorius*, que l'on s'accorde à considérer comme les origines des nerfs auditifs, n'aurait peut-être pas été sans influence sur la persistance des *bourdonnements d'oreilles* et sur leur plus grande intensité à gauche, c'est-à-dire du côté plus spécialement comprimé par le néoplasme ».

exactement à un autre ordre de symptômes que je signalerai seulement d'un mot, vu leur caractère absolument exceptionnel. Je veux parler des *paralysies laryngées*, qu'on a observées deux ou trois fois, à ma connaissance, dans le cours de la syphilis cérébrale.— Sur l'un de mes malades, une paralysie de la corde vocale gauche coïncidait avec une paralysie de la troisième paire droite et avec d'autres phénomènes cérébraux.

VI.— Le *vomissement* est un phénomène assez commun dans la syphilis cérébrale, comme dans les encéphalopathies de tout genre. Habituellement aussi, c'est un symptôme de second ordre, presque effacé comme importance et comme durée. Mais, en quelques cas (très-peu fréquents, à la vérité), il s'élève au rang d'un symptôme principal, en raison de sa répétition fréquente, presque incessante ; — en raison de sa résistance aux agents thérapeutiques ; — en raison enfin de son caractère de vomissement spontané, se produisant sans efforts, « par fusées, » comme on dit vulgairement, sans souffrances ni troubles gastriques. On l'a vu même chez certains malades se répéter pour un temps avec une insistance si formelle et dans des conditions telles qu'on a pu lui appliquer l'épithète de « vomissement *incoercible* ».

Sous cette forme, le vomissement ne serait-il pas en relation avec des lésions de siége spécial ? Ne serait-il pas l'effet d'une localisation anatomique particulière ? Nous sommes admis tout au moins à le supposer.

VII. — Divers *troubles circulatoires* (palpitations, irrégularités cardiaques, faiblesse, accélération ou ralen-

tissement du pouls, etc.) ont été signalés en connexion avec la syphilis du cerveau.

Ce sont là tous phénomènes rares, voire exceptionnels, par rapport à la quantité de malades sur lesquels les fonctions circulatoires restent absolument indemnes en dépit des accidents cérébraux les plus graves.

Cependant, sur quelques malades, j'ai constaté d'une façon non douteuse une *atonie circulatoire* véritable, s'accusant par ces deux caractères : faiblesse et ralentissement du pouls. Des phénomènes de même genre ont été relatés par divers observateurs, notamment par M. le Dr Broadbent (1).

Ce dernier médecin a même publié un cas des plus intéressants, dans lequel les troubles circulatoires paraissent s'être restreints à une moitié du corps hémiplégiée. Le pouls *droit*, dit-il, correspondant au côté du corps paralysé, était « plus petit et moins distinct que le pouls gauche ». De plus, les membres étaient refroidis de ce côté. Et, enfin, toujours de ce même côté, existait une perversion sensorielle qui « produisait une sensation de chaleur alors que la main était plongée dans l'eau froide ». Tous ces phénomènes, ajoute l'auteur, attestaient bien évidemment « un spasme artériel généralisé dans la moitié droite du corps ».

Les symptômes de dépression cardio-vasculaire qui se manifestent chez certains malades ont été parfois assez accentués pour donner lieu à des craintes sérieuses. Je ne sache pas que ces craintes aient été légitimées. Toutefois il ne faut pas oublier qu'on a vu, dans la syphilis

(1) V. *The Lancet*, 1876.

cérébrale, la mort se produire d'une façon soudaine, instantanée, qui ne pouvait guère être rapportée qu'à une syncope. Et, théoriquement, il ne serait pas irrationnel de supposer que, dans les cas de ce genre, la syncope eût été le résultat de ces troubles d'atonie circulatoire.

VIII. — Enfin, comme dernière conséquence de localisation, se présente cette *multiplicité singulière de symptômes* qu'il n'est pas rare d'observer dans la syphilis cérébrale.

Il est certains malades, en effet, sur lesquels s'entasse et s'accumule toute une série de symptômes, souvent bizarrement associés : troubles moteurs, troubles de sensibilité générale et spéciale, troubles intellectuels, manifestations diverses disséminées sur divers systèmes, divers organes, etc.

A ne parler que des paralysies, par exemple, quoi de plus commun, de plus habituel, dans la syphilis cérébrale, que la réunion sur un même malade de plusieurs types paralytiques différents ? C'est ainsi que l'hémiplégie syphilitique, comme nous l'avons vu précédemment, coexiste d'une façon très-fréquente avec telle ou telle localisation paralytique, avec une paralysie oculaire, avec une paralysie crânienne quelconque, voire quelquefois avec une autre hémiplégie. — C'est ainsi que les paralysies motrices des yeux sont très-souvent multiples. — C'est ainsi qu'une paralysie motrice quelconque a souvent pour compagne une paralysie sensorielle, etc. — Il y a plus encore. On a cité des cas (ceux-ci tout à fait exceptionnels, il n'est pas besoin de le dire) où une véritable pléiade de paralysies diverses était venue s'abattre sur un malheureux patient. Telle est une cu-

rieuse observation du Dr Buzzard, relative à un malade qui présentait au même moment la terrifiante collection de symptômes que voici : « paralysie presque complète des quatre membres ; — double paralysie faciale ; — diplopie légère ; — anesthésie du tronc, des membres et de la face ; — paralysie incomplète de la déglutition et de la respiration ; — difficulté d'articulation ; — faiblesse de vessie, etc. » (1). Incidemment laissez-moi vous dire, car la chose en vaut la peine, que ce malade trouva moyen de guérir de tout cela ! Et ce fut au traitement spécifique qu'il dut son étonnante guérison.

Multiplicité de symptômes implique multiplicité de lésions. Et, en effet, dans les cas de ce genre, les autopsies n'ont jamais manqué de donner la raison de cette complexité de phénomènes, en révélant une complexité corrélative d'altérations anatomiques disséminées sur différents points de l'encéphale.

V

Je viens, Messieurs, de passer en revue devant vous les divers symptômes et les diverses formes morbides qui constituent la syphilis cérébrale.

Pour compléter le tableau, un seul et dernier point me reste à étudier. Celui-ci est relatif à l'*état général*, à la *santé* des malades, durant le cours de ces accidents cérébraux.

Que sont et comment se présentent les malades à cerveau affecté de la sorte par la syphilis?

(1) Ouvrage cité, p. 104.

Tous ne ressentent pas d'une façon égale le retentissement des lésions encéphaliques sur l'ensemble de l'économie.

Il en est d'abord qui, même gravement atteints, n'en conservent pas moins un état général assez satisfaisant. Il en est qui, en dépit d'accidents cérébraux sérieux, restent — ou peu s'en faut — ce qu'ils étaient antérieurement, qui ne maigrissent pas, qui ne pâlissent pas, au moins d'une façon bien notable, qui sont à peine éprouvés, en un mot, au point de vue des fonctions nutritives, de l'habitus extérieur, de la santé générale.

C'est là, disons-le aussitôt, le cas de beaucoup le moins habituel.

Presque toujours, au contraire, la santé reçoit et traduit le contre-coup des troubles cérébraux.

Seulement, elle le reçoit et le traduit à des degrés divers.

Dans la plupart des cas, l'invasion et le développement des symptômes cérébraux ont pour phénomènes connexes un *déclin parallèle des fonctions de nutrition*, une *altération progressive de l'état général.* Les malades commencent par pâlir; c'est là le premier phénomène remarqué et souvent le plus remarquable pendant toute la durée de l'affection. Puis ils perdent leurs forces, leur activité physique, leur énergie musculaire. Leur appétit s'affaisse; et, mangeant moins, ils ne tardent pas à maigrir. Leurs fonctions digestives deviennent languissantes; fréquemment d'ailleurs elles sont troublées par des accidents dyspeptiques ou par une constipation opiniâtre.

L'atteinte portée à la santé n'est que moyenne en général et ne dépasse pas les limites d'un état anémique

ordinaire. Il faut savoir cependant que parfois elle s'accentue d'une façon bien plus sérieuse, voire presque menaçante en quelques cas. Ainsi, il est certains sujets qui sont profondément touchés dans leur santé, dans tout leur être, par l'invasion d'une syphilis cérébrale, et cela dès les premiers temps de l'affection. C'est là un point sur lequel j'ai eu l'occasion déjà d'appeler votre attention plusieurs fois, et je ne crains pas d'y revenir encore. On voit ces malades, tout d'abord, pâlir, se décolorer d'une façon aussi rapide qu'inexplicable; leur teint devient d'une *blancheur anémique* surprenante, qui coexiste souvent avec un certain aspect de bouffissure brightique du visage. Bientôt ils s'affaiblissent et s'émacient. Leurs traits s'effilent et se tirent. Leur physionomie s'altère et prend l'expression de la fatigue, de la langueur, du dépérissement. Un changement considérable, surprenant, s'opère dans leur habitus en moins de quelques mois.

C'est ainsi (laissez-moi vous citer un exemple) que la femme d'un malade actuellement affecté d'accidents graves de syphilis cérébrale (épilepsie, troubles intellectuels, hémiplégie) me disait ceci en propres termes, ces jours derniers : « Ce qui m'a le plus surprise dans la maladie de mon mari, c'est le *changement prodigieux* qui s'est opéré en lui dès ses premières attaques d'épilepsie. Ce n'était plus le même homme. Habituellement coloré de visage, il est devenu pâle et blême dans l'espace de quelques semaines. Il a maigri étonnamment; il s'est *cassé*... Avant même d'être paralysé, déjà il ne se soutenait plus sur ses jambes... Ses cheveux ont grisonné tout à coup... *Il a vieilli de dix ans en trois mois.* A ce point qu'un de nos amis, qui ne l'avait pas vu

depuis un certain temps, ne l'a pas reconnu tout d'abord; etc... »

Ajoutons par avance que, dans une étape ultérieure de la maladie, ces troubles de l'état général ne font que s'accentuer davantage, à mesure que progressent les accidents cérébraux.

Les fonctions nutritives s'altèrent alors de plus en plus. L'appétit se perd. Les digestions deviennent difficiles, languissantes. La maigreur s'accentue. La peau n'est plus seulement blanche; elle prend une teinte terreuse, fanée, jaunâtre. Les yeux s'excavent, le visage se ride, les cheveux s'éclaircissent. La physionomie revêt le masque de l'accablement et de la consomption.

Il est même des cas (en petit nombre, à la vérité) où l'expression de *cachexie* n'aurait rien d'exagéré pour dépeindre l'état des patients dans la période ultime de l'affection.

Mais le plus souvent, à la vérité, les accidents cérébraux ne laissent pas le temps aux malades de descendre jusqu'au bout la pente du dépérissement progressif; et la mort abrége cette partie du tableau.

DIX-NEUVIÈME ET VINGTIÈME LEÇONS

ÉVOLUTION. — FORMES MORBIDES CONSÉCUTIVES. — TERMINAISONS.

I. Influence du traitement spécifique sur les destinées ultérieures de la maladie. — Guérison possible. — Circonscription possible de la maladie à un groupe d'accidents. — Modifications diverses apportées à l'évolution morbide.

II. En l'absence du traitement, marche progressive et fatale vers des lésions désorganisatrices. — Deux grands ordres de cas : 1° Maladie se confirmant dans sa forme dominante initiale et s'immobilisant dans cette forme ; — 2° Maladie prenant une expansion plus générale.

III. *Formes localisées, circonscrites.* — La syphilis cérébrale peut se confirmer et s'immobiliser dans un certain ordre d'accidents, tels que paralysies crâniennes, hémiplégie, etc. — Peut-elle de même s'immobiliser dans la forme épileptique, sans dégénérescence ultérieure? — Existe-t-il une aliénation syphilitique permanente ?

IV. *Formes expansives, généralisées.* — Tendance des formes initiales à se combiner, à se fusionner. — De là des formes nouvelles, plus complexes, remarquables par le mélange de symptômes antérieurement dissociés. — Caractère prodromique des formes céphalalgique et congestive. — Forme épileptique aboutissant à des troubles psychiques et moteurs. — Forme mentale se compliquant de symptômes d'autre genre. — Forme paralytique servant de prélude fréquent à divers troubles d'intelligence.

Donc, caractère plus complexe des formes ultérieures de la maladie. — Et cependant, bien que plus riche en symptômes, la syphilis cérébrale tend à devenir plus uniforme dans une période de développement plus avancée. — Deux groupes de phénomènes majeurs en forment le fond commun à cette période : troubles de motilité et troubles d'intelligence.

V. *Troubles de motilité.* — Paralysies : hémiplégie, paralysies oculaires, hémiplégie faciale. — Que deviennent ces paralysies ultérieurement, traitées ou non traitées ? — L'hémiplégie syphilitique, prise comme exemple, peut guérir complétement ou incomplétement, comme aussi laisser à sa suite une débilité générale ou partielle et même dégénérer en infirmité permanente. — Fréquence réelle de l'hémiplégie persistante d'origine syphilitique.

VI. *Troubles d'intelligence.* — Formes variables comme début, mais tendance ultérieure vers une même modalité terminale : asthénie, puis extinction des facultés. — Influence du traitement spécifique. — Guérison possible. — Mais les diverses formes de troubles psychiques ne se prêtent pas également à subir l'influence répressive du traitement. — Résistance spéciale de celles où prédomine la dépression intellectuelle, l'hébétude. — Pronostic plus sérieux encore pour celle qui constitue la pseudo-paralysie générale. — Gravité et incurabilité relativement fréquente des troubles psychiques de la syphilis cérébrale.

Que deviennent ces troubles ultérieurement? — Trois formes principales : 1° Débilité intellectuelle relative. — 2° Débilité intellectuelle absolue. — 3° États divers confinant à la démence, mais ne se confondant avec elle que dans une période ultime. — Exemples cliniques.

VII. Association fréquente, dans une étape avancée, des deux ordres de troubles psychiques et moteurs. — De là deux formes ultimes de la maladie : 1° *type post-hémiplégique* ; — 2° type de *démence paralytique.*

Comment la syphilis cérébrale, à sa période ultime, revêt les allures de deux maladies vulgaires. — Interprétation de ce fait curieux.

VIII. Terminaisons. — Survie avec infirmités permanentes, définitives. — Mort, à échéance variable, plus ou moins rapprochée. — Modes divers de terminaison fatale.

Messieurs,

Nous savons par ce qui précède comment s'annonce, s'établit et se confirme la syphilis cérébrale. Il nous reste actuellement à la poursuivre au delà, à l'envisager dans ses formes consécutives et terminales.

Tel va être l'objet de notre conférence d'aujourd'hui.

I

Un premier fait à placer en tête de tout l'exposé qui va suivre, parce qu'il le domine de sa haute importance, c'est l'*influence du traitement* sur les destinées ultérieures de la maladie.

Et, en effet, l'évolution naturelle de la syphilis cérébrale peut être absolument modifiée par l'intervention du traitement spécifique.

Elle peut être modifiée de trois façons que voici :

I. — D'abord, un traitement énergique, méthodiquement appliqué et poursuivi avec persévérance un temps suffisant, est capable de *guérir*, de guérir complétement et définitivement la maladie.

De cela je vous ai déjà cité, chemin faisant, de nombreux exemples, et j'aurai l'occasion de vous en citer encore dans ce qui doit suivre.

Incidemment j'ajouterai même ceci : A coup sûr, on guérit plus de syphilis cérébrales qu'on n'en croit guérir. Je suis persuadé que nombre de cas de céphalée, de paralysie oculaire, de paralysie faciale, d'accès épileptiformes, etc., que le traitement réprime à temps, auraient abouti, *sans le traitement*, à des encéphalopathies graves et peut-être mortelles. Je suis persuadé qu'en maintes occasions nous faisons plus de bien aux malades que nous ne croyons leur en faire, parce qu'il nous arrive souvent de guérir *en germe* ce qui, sans notre intervention, serait devenu plus tard une affection sérieuse,

voire supérieure aux ressources de l'art. Mais passons sur ce point, qui n'est pas susceptible de démonstration.

II. — Si le traitement ne guérit pas (ce qui n'est, hélas! que trop fréquent), du moins a-t-il pour résultat en certains cas de *limiter* la maladie, de la circonscrire à un groupe d'accidents, de l'enrayer dans sa diffusion habituelle.

Il fait alors, si je puis ainsi parler, la part du feu. C'est-à-dire : il laisse se produire les désastres qu'il est impuissant à conjurer, mais il prévient d'autres désastres qui, dans l'évolution naturelle ou probable du processus morbide, seraient appelés à succéder aux premiers.

Exemple : une syphilis cérébrale se traduit par une paralysie oculaire, une paralysie faciale, une hémiplégie, et déjà elle tend à éveiller d'autres désordres. Intervient le traitement. Il se peut que le traitement ne parvienne pas à guérir ces phénomènes de paralysie ; mais il se peut aussi (et le cas est commun) qu'il réprime les autres accidents en voie de naître, et que, somme toute, il limite la maladie à un seul groupe de manifestations rebelles.

III. — Si le traitement ne guérit pas, s'il laisse même la maladie diffuser et aboutir finalement à tel ou tel ordre de terminaisons fâcheuses, toujours est-il que presque invariablement il en modifie l'évolution propre d'une façon ou d'une autre. Il en atténue quelques accidents, il en efface quelques symptômes ; il en retarde la marche, etc. Alors même que nous sommes impuissants à enrayer dans ses progrès une syphilis cérébrale, du moins parvenons-

nous presque toujours à l'amoindrir comme expressions morbides, à la contenir comme irradiation de phénomènes, à lui imposer des suspensions, des temps d'arrêt ; si nous ne la guérissons pas, du moins la faisons-nous durer. Que cela ne constitue pas un succès bien éclatant, je suis le premier à le reconnaître ; mais là n'est pas la question. Ce qui seulement se trouve en cause pour l'instant, c'est l'influence exercée à un degré quelconque et d'une façon quelconque par le traitement spécifique sur l'évolution spontanée de la maladie. Or cette influence est manifeste, même dans les cas où la thérapeutique a le dessous et n'aboutit à rien de satisfaisant comme résultat final. Car, je le répète encore, il est rare, absolument rare, qu'un traitement spécifique bien conduit reste sans exercer la moindre action sur une syphilis cérébrale, surtout à l'époque relativement jeune encore où nous supposons l'affection parvenue.

II

Au contraire, si la médication n'intervient pas, ou bien (ce qui revient au même) si elle n'intervient que d'une façon trop timide pour être suffisante, alors la maladie suit son cours normal ou presque normal, s'accentue comme symptômes, et achève de se caractériser.

Dans ces conditions (et réserve faite pour des cas d'un certain ordre que nous spécifierons en temps et lieu), elle affecte presque toujours une marche lentement continue, inflexiblement progressive, pour se confirmer à l'état de lésion cérébrale *désorganisatrice*.

Que se produit-il donc alors ? Quelles formes consé-

cutives et terminales prend alors la maladie ? C'est là ce qu'il importe actuellement de bien préciser.

Deux ordres de cas se présentent.

Dans le premier (de beaucoup le moins fréquent), la maladie *ne fait que se confirmer dans la forme morbide dominante qu'elle affectait primitivement.* Elle se concentre, elle s'immobilise dans cette forme, sans se compliquer de manifestations d'un autre genre. Elle reste, en un mot, ce qu'elle était à l'origine, se traduisant ainsi dans ses étapes consécutives et ultimes par les mêmes troubles morbides qui lui avaient servi d'expressions initiales.

Dans le second ordre de cas, au contraire, la maladie *prend une expansion plus générale.* Elle dépouille sa forme primitive, si vous me permettez de parler ainsi, pour s'élargir comme cadre. Elle diffuse, elle rayonne ; elle étend son territoire symptomatologique, et, par une série d'empiétements successifs, aboutit à troubler tout ou partie des diverses modalités fonctionnelles du cerveau.

Le premier ordre de cas constitue ce qu'on pourrait appeler les *formes localisées, circonscrites*, de la syphilis cérébrale ; — le second en constitue les *formes expansives* ou *généralisées.*

Les unes et les autres réclament de nous une étude minutieuse.

III

Il est possible, avons-nous dit, que la maladie se confirme simplement, comme forme ultérieure et définitive, dans sa forme originelle.

En d'autres termes, un trouble morbide s'étant produit comme expression initiale de la maladie, il se peut que ledit trouble persiste ultérieurement, devienne définitif, et cela sans que rien autre, rien de plus, ne s'y ajoute, au moins comme phénomène important. Il se peut que l'affection se borne à ce symptôme ou à ce groupe de symptômes, qu'elle se localise, s'immobilise de la sorte dans un ordre exclusif de manifestations morbides.

Il en est ainsi, sans contradiction possible, pour certaines *paralysies des nerfs crâniens*. J'ai vu nombre de cas dans lesquels l'une ou l'autre de ces paralysies, quelquefois même plusieurs de ces paralysies, s'étant produites comme symptômes d'une syphilis cérébrale bien manifeste, ont persisté à l'état définitif, sans autres complications ultérieures.

Exemple typique : une femme de trente-cinq ans, forte, bien constituée, mais syphilitique depuis sa jeunesse, commence par éprouver de violents maux de tête, à exacerbations nocturnes bien marquées. Elle est frappée à plusieurs reprises d'ictus épileptiformes. Elle vomit ses repas, sans souffrances, sans troubles gastriques. Bientôt elle se trouve affectée de diverses paralysies, à savoir : hémiplégie faciale gauche, paralysie de la sixième paire gauche, et paralysie partielle de la troisième, limitée exclusivement au muscle droit supérieur. Malgré de tels accidents, cette femme ne se traite pas tout d'abord, ou ne se traite que d'une façon tout à fait insignifiante. Qu'arrive-t-il néanmoins? Ceci :

D'une part, les paralysies se confirment, bien entendu, et se confirment à ce point que je les juge incurables alors que, huit mois après leur invasion, je suis appelé à les constater pour la première fois. (L'événe-

ment, du reste, n'a que trop bien confirmé mes prévisions.)

Mais, d'autre part aussi, ces paralysies restent les seuls symptômes qui traduisent la maladie. En dépit de l'absence d'un traitement véritable, *rien autre ne se produit.*

Chez cette malade, donc, la syphilis cérébrale s'est limitée *proprio motu* à un seul groupe d'accidents localisés. Elle a déterminé des paralysies crâniennes, mais elle s'est concentrée dans cet ordre unique de manifestations. Elle s'est immobilisée dans ses localisations d'origine, dans sa forme primitive, de la même façon, par exemple, qu'une poussée de syphilides se limite à un département cutané, sans éveiller à sa périphérie ou ailleurs d'autres déterminations morbides.

Il peut en être ainsi, quoique d'une façon infiniment plus rare, pour l'*hémiplégie*. Il est positif que, chez certains malades, la syphilis cérébrale se borne à produire une hémiplégie, sans exciter d'autres phénomènes plus graves à sa suite, sans éveiller d'autres complications, sans prendre une forme plus expansive.

C'est là ce dont témoigneront, entre autres exemples, les deux observations suivantes.

Un jeune peintre, plein de talent et d'avenir, est pris, à la suite d'accès violents de céphalée, d'une hémiplégie gauche, sans perte de connaissance. D'un sentiment unanime, trois de mes collègues et moi rapportons cette hémiplégie à une syphilis antérieure, qui d'ailleurs s'attestait encore par diverses manifestations contemporaines. Un traitement spécifique est prescrit. Mais le malade, négligent et indifférent de caractère, malheureu-

sement imbu comme tant d'autres d'une « aversion insurmontable » à l'égard du mercure, *ne se traite pas.* Son hémiplégie persiste, et persiste d'une façon définitive, en le laissant infirme du bras et demi-infirme de la jambe. Et cependant, en l'absence de toute médication, rien autre, rien de plus grave ne se produit. Aucun phénomène ultérieur ne s'ajoute à l'hémiplégie. L'intelligence notamment, qui d'une façon si commune fléchit et s'altère consécutivement à une paralysie de ce genre, reste indemne, aussi vive, aussi distinguée qu'antérieurement. Bref, ici encore, la syphilis cérébrale se concentre, s'immobilise dans son symptôme initial, l'hémiplégie.

Même cas. Un jeune homme, que j'ai déjà eu l'occasion de vous citer à propos de diverses particularités symptomatologiques, prend la syphilis en 1863. Il se traite tant bien que mal pendant plusieurs mois ; puis, se croyant guéri parce qu'il « ne voit plus rien », il abandonne toute médication. — En 1865, il commence à souffrir de vifs maux de tête qui, la nuit surtout, ne lui laissent pas un instant de repos. — Puis il est frappé, dans l'espace de six semaines, de trois attaques d'hémiplégie, les deux premières transitoires, la dernière permanente. Divers traitements sont alors prescrits, sans que jamais on songe à administrer le seul qui puisse avoir quelque chance de succès, et, naturellement, l'hémiplégie persiste. Deux ans plus tard seulement, je vois le malade qui vient me consulter pour des accidents nouveaux d'un autre ordre (sarcocèle spécifique, glossite scléreuse tertiaire), et je le trouve alors paralysé du bras gauche, qui est inerte et contracturé, semi-paralysé de la jambe et de la face du même côté ; mais je le trouve aussi indemne de tout autre phénomène cérébral, et notamment indemne de

tout trouble intellectuel. — Je l'ai revu depuis lors à maintes reprises, et toujours dans un état identique.

Ces faits et d'autres que j'y pourrais joindre montrent donc d'une façon incontestable qu'après avoir déterminé certains accidents *paralytiques*, la syphilis cérébrale *peut s'en tenir là*, se limiter à cela, se confirmer exclusivement dans cet ordre de phénomènes, sans tendance à diffuser, à revêtir d'autres formes, à disséminer son influence sur d'autres modalités fonctionnelles de l'encéphale.

Voilà un point bien établi.

Mais ce qui est indéniable pour la forme paralytique s'observe-t-il également pour d'autres formes de la maladie, pour les formes aphasique, épileptique, mentale, etc. ? Ceci devient bien plus problématique, à ne dire rien de plus.

L'immobilisation dans la forme, sans dégénérescence ultérieure, est déjà un fait extrêmement rare pour l'*aphasie*. Quant à moi, du moins, je n'ai en souvenir qu'un seul cas dans lequel l'aphasie soit restée ce qu'elle était originairement, sans complications consécutives. Ce cas est relatif à une jeune femme syphilitique qui, après divers prodromes, fut affectée d'une aphasie soudaine et presque complète, avec parésie droite. Aucun traitemen ne fut suivi. Or, deux ans plus tard, cette femme était encore aphasique et conservait une faiblesse notable des membres droits. Mais elle ne présentait rien de plus; aucun symptôme autre n'était venu, même en l'absence de toute médication spécifique, s'ajouter à ces accidents d'origine.

Pour l'*épilepsie*, la question est bien plus difficile. Est-il possible qu'après avoir déterminé sur un malade des accidents d'épilepsie, tels que ceux dont nous avons parlé précédemment, la syphilis cérébrale laisse ce malade ultérieurement à l'état d'un épileptique, d'un *épileptique définitif* (passez-moi l'expression), et cela sans mélange d'autres troubles, sans addition de symptômes plus graves? En un mot, la syphilis cérébrale est-elle susceptible de créer une *épilepsie permanente*, durable, analogue à l'épilepsie vulgaire; et surtout est-elle susceptible de créer une *épilepsie exclusive*, non compliquée d'accidents connexes ou subséquents?

On l'a dit, on l'a écrit. Je n'y crois guère pour ma part, ou plutôt je n'ai pas le droit d'y croire par observation personnelle; car jusqu'à ce jour il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas dans lequel la maladie ait évolué de cette façon. Ce que j'ai vu, comme tout le monde, c'est un état épileptique plus ou moins prolongé, se produisant chez certains sujets syphilitiques, mais finissant toujours par *dégénérer*, c'est-à-dire par se compliquer d'autres troubles cérébraux d'ordre plus avancé ou plus grave, à savoir de perversion intellectuelle et de phénomènes paralytiques. Mais ce que je n'ai jamais vu, ce que je suis encore à chercher, c'est un malade qui, devenu épileptique sous l'influence de la syphilis, soit resté un épileptique pur et simple pendant toute la durée de sa vie. Si un tel fait est possible, je n'ai pas encore eu occasion de l'observer. Et, à parler net, je crains bien qu'il ne soit que simplement théorique. Du moins je ne connais rien qui permette de l'accepter comme démontré.

Ce que je viens de dire de l'épilepsie, je pourrais le répéter mot pour mot à propos de la *folie* syphilitique, ou, d'une façon plus générale, à propos des *états délirants* de la syphilis.

J'affirme n'avoir pas rencontré jusqu'à ce jour un seul cas de délire syphilitique qui se soit limité et prolongé dans sa forme, de façon à constituer une *aliénation permanente*, exempte de tout mélange d'autres accidents, exempte de dégénérescence ultérieure. Toujours au contraire j'ai vu les divers états délirants de la syphilis cérébrale (exaltation, incohérence, manie, etc..) se compliquer à échéance plus ou moins courte de phénomènes variés, se fusionner avec d'autres états plus complexes, ou aboutir finalement à la démence.

Un cas cependant, dû à Benjamin Bell, le célèbre chirurgien d'Édimbourg, paraîtrait témoigner de la persistance possible de la folie syphilitique sous forme de folie simple, non compliquée. Ce cas, vu l'autorité de son auteur, mérite d'être cité.

Une jeune femme, mariée à un homme syphilitique, commence par éprouver de violents maux de tête. Puis elle est prise d'accès épileptiques qui, d'abord assez rares, se rapprochent au point de se reproduire trois fois, quatre fois par jour et même davantage. A la suite d'accès encore plus intenses que de coutume, elle devient « *folle* » tout à coup, et l'on est forcé de la placer dans un asile spécial.

Or, cette malade était folle et présentait « une folie du genre le plus intraitable » depuis vingt-sept à vingt-huit mois, quand elle fut affectée d'une éruption vénérienne, à laquelle succédèrent quantité d'ulcérations « sordides » sur les orteils, les pieds, le poignet droit, la poi-

trine et la tête. L'une de ces ulcérations se compliquait même d'une carie du crâne.

Bell est mandé à ce moment près de la malade, et reconnaît des lésions incontestablement syphilitiques. Il prescrit le sublimé, et le prescrit même à une dose qu'il importe incidemment de remarquer (« trois quarts de grain deux fois par jour », c'est-à-dire *sept centigrammes* environ (!) quotidiennement).

Une stomatite se produit. On continue néanmoins la médication, mais sans obtenir de « salivation » véritable.

Un effet curatif sensible commence à se manifester vers la troisième semaine. — Six semaines après, les ulcérations sont complétement guéries. — Dans le même temps, les symptômes de manie se modèrent. — « Trois semaines après, la malade était parfaitement remise. Et, depuis plusieurs années que le traitement est fini, elle n'a plus eu aucune apparence de folie (1). »

Ce serait donc là un exemple de folie syphilitique ayant persisté pendant plus de deux ans, sans se compliquer, suivant l'usage, d'autres phénomènes cérébraux, non plus que sans dégénérer en démence.

Certes, le fait est des plus intéressants, des plus curieux à tous égards. Mais, vous en conviendrez avec moi, Messieurs, pour démontrer ce qu'il paraît démontrer, il aurait besoin d'être confirmé par d'autres observations du même genre. Et c'est précisément cette confirmation qui lui manque.

Au surplus, ne le dissimulons pas, notre expérience est loin d'être faite sur les derniers points que nous

(1) *Traité de la gonorrhée virulente et des maladies vénériennes*, de Benjamin Bell, trad. de Bosquillon. Paris 1802. T. II, p. 672.

venons d'agiter. Ce sont là des questions posées simplement, dont la solution doit encore être réservée.

IV

Bien autrement communs sont les cas du second ordre, ceux qui composent les formes dites *expansives* ou *généralisées*, par opposition avec les formes localisées, circonscrites, dont nous venons de parler.

Le fait le plus habituel, comme je vous l'ai dit, c'est que la syphilis cérébrale, au lieu de se restreindre et de se confirmer dans telle ou telle de ses formes d'origine, prenne au contraire une expansion plus générale dans son évolution ultérieure, multiplie ses manifestations, et finisse par composer un ensemble morbide plus ou moins complexe, à éléments symptomatologiques nombreux et divers.

En d'autres termes, les formes initiales que nous nous sommes attachés jusqu'ici à décrire comme autant de types distincts, indépendants, ont tendance, dans une étape plus avancée de la maladie, à s'associer, à se combiner; et de cette fusion résultent alors des formes ultérieures, nouvelles, précisément remarquables par le mélange de symptômes antérieurement dissociés.

Telle se présente, en général, l'évolution qu'affectent les encéphalopathies syphilitiques; et c'est là ce qu'il importe actuellement de bien établir.

I. — Tout d'abord, en ce qui concerne les formes *céphalalgique* et *congestive*, vous savez déjà par ce qui précède qu'elles ne constituent guère que des préludes, des avant-coureurs. Ce sont par excellence des formes

prodromiques, destinées de nature à se combiner ultérieurement avec des formes plus avancées, telles notamment que les formes mentale ou paralytique. Inutile d'insister à nouveau sur ce point.

II. — De même les accidents *épileptiques* ne constituent dans la syphilis cérébrale qu'une forme transitoire, *préparatoire*, si je puis ainsi parler. L'épilepsie syphilitique n'est presque jamais qu'un prologue, un prologue qui appelle à sa suite une scène principale ; et cette scène principale est composée par des symptômes ultérieurs de désorganisation cérébrale, à savoir : décadence intellectuelle et paralysies.

C'est de la sorte qu'il est fréquent, très-fréquent, de voir la maladie débuter par des symptômes d'épilepsie (crises convulsives, vertiges, absences, etc.), puis se continuer soit par des troubles intellectuels divers (phénomènes d'excitation cérébrale, crises maniaques, incohérence, hébétude progressive, démence) ; — soit par des troubles moteurs (paralysies variables de siége, et surtout hémiplégie) ; — soit, plus souvent encore, par ces deux ordres de troubles combinés, marchant de pair, de compagnie.

Quelques exemples :

Un homme d'une trentaine d'années devient sujet pendant plusieurs mois à de violents maux de tête. Bientôt il présente une série de crises d'épilepsie latéralisée et consciente. Ses facultés intellectuelles et morales se troublent et déclinent rapidement. Survient, deux mois plus tard, une hémiplégie.

De même, un autre malade, âgé de trente-trois ans, débute dans la syphilis cérébrale par une série de crises

épileptiques, les unes latéralisées et sans perte de connaissance, les autres générales et complètes. Quelques semaines plus tard, il perd la mémoire. Il devient incapable de diriger ses affaires, il commet toutes sortes d'excentricités et d'inepties ; il compromet sa situation commerciale par des opérations dénuées de sens. De temps à autre, il ne reconnaît plus ses parents, ses amis, sa femme même, et délire complétement. Plusieurs fois, il est pris d'accès de manie furieuse. La parole, déjà hésitante depuis un certain temps, s'embarrasse de plus en plus. Puis une hémiplégie progressive complique ces accidents. Démence terminale, et mort.

De même encore, sur un autre malade, l'évolution morbide se déroula de la façon suivante : tout d'abord, céphalée ; puis, accès épileptiques nombreux ; névrite optique ; affaiblissement unilatéral de l'ouïe ; — ultérieurement, ictus résolutifs et troubles psychiques ; — plus tard encore, paralysie faciale droite ; hémiplégie droite avec aphasie ; et, simultanément, décadence rapide de l'intelligence, hébétude incohérente, etc.

Voilà donc un premier mode d'évolution, dans lequel l'épilepsie ouvre la scène, pour se combiner plus tard avec des troubles intellectuels et paralytiques.

III.—Autre mode. Ici, invasion par des troubles exclusivement psychiques, d'ailleurs variables de caractère : excitation cérébrale, exaltation, délire, ou bien dépression d'intelligence, hébétude, etc. ; en un mot, *forme mentale comme début;* — puis, ultérieurement, accidents divers : accès congestifs ou épileptiformes, vertiges, troubles sensoriels, troubles moteurs, parésies, paralysies passagères ou durables, et, finalement, hémiplégie.

Déjà, en traitant de la forme mentale, j'ai fait passer sous vos yeux plusieurs exemples de cette succession de phénomènes. Laissez-moi vous citer encore le suivant :

Un de mes malades commence par présenter un affaiblissement lent et progressif de l'intelligence : aptitude moindre au travail, erreurs, absences, perte de mémoire ; par instants même, délire d'action, transitoire. Quelques mois se passent de la sorte. — Puis survient une hémiplégie faciale, bientôt suivie d'une mydriase, de vertiges, de cophose. — Engourdissements passagers dans un bras. — Finalement, hémiplégie ; décadence intellectuelle croissante ; — mort dans la démence.

IV.—Troisième mode, et celui-ci bien plus fréquent : début par des symptômes d'ordre *paralytique* (parésies ou paralysies de siége très-varié : paralysies crâniennes, oculaires, faciale, etc. ; hémiplégie) ; — puis, à échéance plus ou moins rapprochée, troubles intellectuels, consistant surtout en phénomènes d'hébétude progressive, avec amnésie, divagations passagères, accès maniaques, etc. ; — parfois aussi, ictus congestifs, accès épileptiformes, crises aphasiques, etc.

Exemple du genre : une jeune femme, affectée de larges syphilides ulcéro-serpigineuses de la région dorsale, devient sujette dans le même temps à des crises de céphalée qui se répètent avec insistance, prennent une intensité considérable et déterminent « une sorte d'état d'abasourdissement continu ». Elle ne tarde pas à être prise d'une hémiplégie droite incomplète, puis d'une hémiplégie faciale gauche.— Bientôt après, son intelligence s'altère et décline visiblement : incapacité de travail, faiblesse de mémoire, faculté d'attention diminuée, ab-

sences fréquentes, maladresses, incohérences, etc. — Les symptômes paralytiques persistent sans s'aggraver, mais les troubles psychiques ne font plus au delà que s'accentuer davantage. La malade tombe dans l'hébétude. Elle reste indifférente à tout ce qui l'entoure ; elle passe ses journées à ne rien faire, assise dans son fauteuil ; elle ne vit plus que d'une sorte d'existence automatique, machinale ; à peine est-elle capable de manger seule, confondant sa cuiller et son couteau, se versant à boire dans son assiette, etc. Elle traîne ainsi quelques mois et meurt dans un état complet de démence.

Inutile, au surplus, d'insister davantage sur la succession si commune des troubles d'intelligence aux accidents de paralysie. C'est là un fait que je vous ai déjà signalé et sur lequel j'ai même insisté longuement en vous décrivant l'hémiplégie syphilitique. « Dans un très-grand nombre de cas, vous disais-je alors, l'accès hémiplégique est le point de départ, sinon la cause, de désordres psychiques plus ou moins accentués, qui, à dater de ce moment, suivent une marche croissante... Très-positivement, la crise hémiplégique marque la date précise, pour un nombre considérable de malades, du début de la décadence intellectuelle. »

V. — Tels sont, Messieurs, les principaux modes d'association et de succession de phénomènes qui se produisent dans la syphilis cérébrale et qui constituent l'*évolution progressive* de la maladie.

De sorte, je le répète, qu'à une période avancée, dans ses *formes ultérieures*, la syphilis cérébrale se présente cliniquement avec un ensemble de symptômes d'ordres divers, différemment combinés. Elle aboutit

donc, en vieillissant, à composer une scène pathologique plus ou moins complexe, où prennent place des troubles variés, affectant ou pouvant affecter les modalités multiples du fonctionnement cérébral.

Cette nouvelle scène, quelle est-elle, comment se présente-t-elle?

Dans ses formes les plus habituelles, on la trouve constituée par les phénomènes suivants :

1° *Troubles de motilité:* paralysies diverses et surtout, dans une étape avancée, hémiplégie ;

2° *Troubles intellectuels*, variables d'expression et d'intensité : dans une période jeune encore de la maladie, phénomènes d'excitation cérébrale ; — plus tard et souvent même d'assez bonne heure, phénomènes de dépression, d'hébétude ;

3° Assez fréquemment encore, *troubles sensoriels*, affectant l'oreille et la vue ;

4° Enfin, comme incidents passagers ou symptômes de seconde ligne : accès congestifs, et tous troubles d'ordre congestif : vertiges, titubation, incertitude musculaire, etc. ; — crises aphasiques ; — phénomènes épileptiformes, suivis parfois de parésies passagères, etc., etc.

Maintenant, combinez de différentes façons ces symptômes divers, modifiez à votre gré l'ensemble qu'ils peuvent constituer par prédominance, subordination ou absence de tels ou tels d'entre eux, et vous réaliserez de la sorte toutes les formes *secondaires* qu'est susceptible d'affecter la syphilis cérébrale dans une période ultérieure de son développement.

Donc, — remarquez bien ceci, Messieurs, — tout en devenant plus riche en symptômes, plus compréhensive

et plus complexe à mesure qu'elle avance en âge, la syphilis cérébrale n'en tend pas moins à devenir aussi *plus uniforme.* Nous l'avons vue débuter par un nombre assez considérable de formes bien distinctes, ayant toutes leur individualité nette, bien tranchée, et très-différentes les unes des autres comme caractères cliniques; nous l'avons vue essentiellement variée et presque protéiforme à son origine. Actuellement, nous la trouvons composée d'éléments qui, pour être plus multiples, n'aboutissent pas moins à se reproduire, à se répéter dans tous les cas, de façon à constituer un ensemble morbide plus identique, tout au moins plus analogue à lui-même d'un malade à un autre. La variabilité initiale diminue donc avec les progrès naturels de l'affection pour faire place à une certaine *uniformité.* Elle était extrême au début ; la voici bien moindre déjà, et plus tard elle s'atténuera encore, comme nous le verrons dans un instant. Si bien qu'en définitive, dans ses stades ultimes, la maladie ne se présentera plus guère, pour le dire par avance, que sous deux aspects, sous deux types, rappelant soit le ramollissement cérébral, soit la démence paralytique.

Mais n'anticipons pas sur ce qui trouvera mieux sa place dans un chapitre ultérieur. Je viens de vous montrer comment, avec le temps, les formes initiales de la syphilis du cerveau arrivent à se combiner, à se donner la main (passez-moi l'expression), à se confondre, et comment elles constituent de la sorte un ensemble pathologique nouveau que je vous ai énoncé sommairement. Or, ce dernier point, à coup sûr, attend de nous une caractéristique plus précise et réclame d'indispensables développements.

Le fond commun de tous les cas de syphilis cérébrale, à l'époque où nous avons conduit l'affection jusqu'ici, est constitué par *deux groupes de symptômes majeurs* qui, à de très-rares exceptions près, se rencontrent chez tous les malades et se rencontrent même le plus souvent associés, à savoir :

1° Des *troubles moteurs ;*

2° Des *troubles intellectuels.*

Voyons donc en détail quels sont les dits phénomènes, sous quelle forme clinique ils se présentent, quelle évolution et quelle terminaison ils sont susceptibles d'affecter.

V

Tout d'abord, parlons des *troubles de motilité.*

Ceux-ci, vous les connaissez déjà en partie par ce qui précède. Ils consistent, cela va sans dire, en des *paralysies.*

De ces paralysies, les plus communes dans la syphilis confirmée, déjà plus ou moins avancée d'évolution, sont les trois suivantes, que je citerai par ordre de fréquence :

1° L'*hémiplégie ;*

2° Les *paralysies oculaires ;*

3° Et l'*hémiplégie faciale.*

Je n'ai plus à vous retracer ici les caractères cliniques de ces troubles moteurs ; c'est là une étude faite antérieurement. Mais j'ai à vous dire ce que deviennent ces troubles dans une étape plus avancée.

Traités, ils peuvent guérir. Cela est incontestable,

ainsi qu'en témoignent de très-nombreuses observations. Les cas abondent et surabondent dans lesquels des paralysies de ce genre, soumises à un traitement énergique, ont pu, même à l'époque où nous supposons la maladie parvenue, s'amender, s'effacer, disparaître complétement.

Non traitées, au contraire, — comme parfois aussi en dépit du traitement, ne l'oublions pas, — ces mêmes paralysies persistent, deviennent permanentes, passent à l'état d'infirmités définitives.

Prenons comme exemple l'hémiplégie latérale du corps, celle de toutes ces paralysies qui, par son importance propre et sa fréquence, est la plus digne d'arrêter notre attention.

L'hémiplégie syphilitique, soumise à une médication suffisante comme intensité d'action et comme durée, est *susceptible de guérison*, n'en doutez pas.

Elle peut guérir à des degrés divers. Je précise, car une question de cette gravité pratique ne souffre pas d'équivoques ou d'assertions ambiguës.

I. — D'abord, elle peut *guérir complétement*, absolument, sans laisser la moindre trace, le moindre vestige. Des cas de ce genre ont été plusieurs fois signalés. J'en possède, pour ma part, *neuf* dans mes notes, et bien authentiques, bien constatés après longue échéance. Ces derniers jours encore je revoyais un jeune homme qui, affecté en 1873 d'une hémiplégie syphilitique des plus formelles, est depuis trois ans assez bien guéri pour avoir repris et pour supporter sans fatigue ses fonctions d'officier dans la marine de l'État.

Mais, si la guérison vraie, absolue, est possible et

bien démontrée, nous avons le regret de dire qu'elle est relativement *rare*.

II. — Bien autrement commune est la *guérison avec reliquats*, c'est-à-dire la guérison incomplète, laissant subsister, et cela pour toujours, quelques vestiges de troubles moteurs. Ici encore le mot de guérison n'a rien d'exagéré, car le malade, en somme, a recouvré l'exercice du mouvement dans la mesure nécessaire à l'accomplissement des fonctions. Mais il ne l'a recouvré qu'avec un certain degré de faiblesse persistante et d'incorrection musculaire. Il peut bien, par exemple, se servir de la main, même pour écrire ; mais cette main est moins forte, moins adroite surtout, et elle n'aurait plus la dextérité nécessaire à un travail délicat. De même, il peut marcher, même longtemps et sans fatigue ; mais sa jambe se pose lourdement sur le sol, traîne quelque peu de la pointe et fauche latéralement.

Or, disons-le bien, c'est à une guérison de cet ordre qu'aboutit le plus habituellement la médication. C'est là le mieux que nous obtenions dans la grande majorité des cas, même à l'aide du traitement le plus énergique, institué dans les meilleures conditions et poursuivi avec une persévérance indéfinie. Telle est la vérité, l'exacte vérité. Et il importe en pratique d'être bien renseigné sur ce point, autant pour se préserver d'illusions personnelles que pour ne pas s'engager vis-à-vis des malades et des familles au delà de ce qu'on saurait tenir.

Voilà pour les cas heureux.

III. — Mais souvent aussi, je n'aurai garde de vous le dissimuler, l'hémiplégie syphilitique a des terminai-

sons d'un genre très-différent, et cela en dépit de tous les efforts de la thérapeutique. Spécifions bien du reste que, pour la plus grande part, les cas malheureux dont il me reste à vous entretenir incombent comme responsabilité à des traitements trop timides ou trop tardifs.

Il se peut, d'abord, que l'hémiplégie disparaisse seulement d'une façon *incomplète* ou *partielle*, en laissant après elle soit une débilité générale dans toute l'étendue des parties affectées, soit une débilité partielle.

Comme exemple du premier genre, veuillez examiner un malade qui se trouve actuellement dans notre service (salle Saint-Louis, n° 51). Cet homme, qui a été affecté, il y a deux ans, d'une hémiplégie syphilitique, conserve une faiblesse définitive du bras et de la jambe. Il a dû, nous racontait-il, renoncer à son métier de cocher, parce que sa main droite, bien que capable encore de saisir et de serrer avec une certaine force, n'a plus la souplesse et la dextérité nécessaires pour tenir les guides.

Les cas du second genre ne sont pas moins communs. Voyez à ce propos un autre malade de nos salles (Saint-Louis, n° 27), qui, par le fait d'une hémiplégie syphilitique, reste presque infirme du bras, alors que sa jambe est assez bien guérie pour lui permettre de marcher, voire de supporter de longues fatigues.

A ce propos, plaçons ici cette remarque, qui du reste n'a rien de spécial à l'hémiplégie syphilitique : des deux membres latéraux, c'est presque toujours le bras qu guérit le moins complétement, qui conserve le plus fort déficit de puissance motrice. Je connais des exceptions à cette règle, et je vous en ai déjà cité précédemment; mais ce ne sont que des exceptions assez rares.

IV.— Enfin il est des cas où, pour des raisons diverses, l'hémiplégie syphilitique ne guérit pas. Quoi qu'on fasse, elle reste ce qu'elle était originairement (si même elle ne se complique pas de contracture ou de rétraction musculaire), et passe à l'état d'*infirmité permanente, définitive*.

C'est là, en particulier, le sort de cet ordre spécial d'hémiplégies auxquelles, dans ce qui précède, j'ai donné le nom d'hémiplégies syphilitiques *indirectes*, c'est-à-dire dérivant de lésions communes, consécutives à des lésions spécifiques.

Et alors, dans ces conditions fâcheuses, vous savez ce que devient le malade. Il devient un *infirme*, dans la plus forte acception du mot. Son visage reste dévié. Son bras inerte pend le long du corps, avec des doigts crispés dans la paume de la main par le fait des rétractions musculaires consécutives. Sa jambe débile supporte à peine le poids du corps, etc. Lamentable situation ; d'autant plus lamentable en l'espèce qu'elle surprend en général des malades à la fleur de l'âge ou même dans la jeunesse.

Et ne croyez pas, Messieurs, que ces cas d'hémiplégie persistante par le fait de la syphilis cérébrale soient des raretés, « des cas exceptionnels », comme je l'ai entendu dire quelquefois. Bien loin de là. Nombre de ces hémiplégiques encore jeunes qu'on rencontre si communément dans les consultations des hôpitaux ou plus souvent encore aux consultations du Bureau central, nombre de ces pauvres gens à qui on ne prête guère attention en raison de leur incurabilité manifeste, ne sont rien autre que des *hémiplégiques par syphilis*. Pendant les quelques années que j'ai passées au Bureau cen-

tral, je me suis attaché, pour mes études spéciales, à rechercher sur ce théâtre si fécond en misères de tout genre les épaves de la syphilis cérébrale; et, à ne parler pour l'instant que de ce qui a trait à notre sujet actuel, je puis vous affirmer que j'ai trouvé quantité de malades sur lesquels une hémiplégie rebelle, dégénérée en infirmité permanente, n'avait d'autre cause originelle que la vérole. J'ai rencontré trop de cas de ce genre pour ne pas être en droit de les dire *fréquents*. Cette fréquence réelle a été méconnue, elle a passé inaperçue jusqu'ici; il est bon, je pense, de rétablir la vérité sur ce point.

VI

Les *troubles intellectuels* forment le second groupe de ces symptômes majeurs qui constituent, comme je vous l'ai dit, le fond commun de la syphilis cérébrale, à une époque avancée de son évolution.

Étudions-les comme nous venons de le faire pour les troubles moteurs, et voyons ce qu'ils deviennent après s'être produits à l'origine sous telle ou telle des formes que je vous ai décrites précédemment.

Alors que des troubles intellectuels se manifestent sur un malade comme symptômes de syphilis cérébrale, on peut avancer sans crainte de contradiction possible que, s'ils ne sont pas réprimés par une médication énergique, ils suivront une pente fatale pour aboutir finalement, en se compliquant ou non d'autres accidents, à des états de déchéance psychique connus sous les noms d'*hébétude* et de *démence*.

Parcourez, en effet, les nombreux cas de syphilis cérébrale déjà contenus dans la science; vous y verrez

presque invariablement, à mesure que la maladie progresse, les troubles psychiques initiaux dégénérer par degrés en des états de ce genre, différemment qualifiés par les observateurs sous les noms « d'incapacité intellectuelle, d'abrutissement, de stupidité, d'imbécillité, d'hébétude, d'idiotisme, d'enfance, de démence, » etc, etc.

Souvent aussi, d'ailleurs, vous y verrez la mort interrompre cette décadence progressive, en abrégeant la scène à échéance variée.

Donc, un fait bien certain, ici, c'est la tendance de ces troubles à l'aggravation continue, alors qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes ou bien alors qu'ils ne trouvent pas une résistance suffisante dans le traitement qui leur est opposé. Sous des formes variables comme début, ils convergent tous plus tard vers une même modalité terminale, à savoir la déchéance, l'extinction plus ou moins complète des facultés intellectuelles, affectives et morales.

Ont-ils fait invasion de prime abord sous la forme dite dépressive, plus tard ils se continuent et s'accentuent sous cette forme, avec ou sans incidents d'excitation passagère.

Débutent-ils au contraire par des symptômes d'excitation (délire, exaltation, manie), ils ne conservent cette allure que pour un temps, passé lequel ils rentrent dans la catégorie plus commune des cas à forme dépressive.

C'est ainsi, dans la première alternative, qu'on voit nombre de malades qui, commençant une syphilis cérébrale par des symptômes de dépression intellectuelle (alourdissement des facultés, lenteur et difficulté de conception, faiblesse de mémoire, aptitude moindre

aux travaux de l'esprit, etc.), descendent par degrés la pente de l'asthénie mentale, et arrivent finalement à un état qui n'a plus d'autre nom que l'hébétude ou la démence.

Et c'est ainsi, d'autre part, que des malades, débutant dans la syphilis cérébrale par des phénomènes d'excitation, d'exaltation, de délire, d'incohérence maniaque, de manie véritable, etc., ne tardent guère en général à présenter des manifestations différentes, qui portent l'empreinte de la dépression intellectuelle, de l'hébétude progressive. Il se peut que la modalité initiale de leurs troubles psychiques reste prédominante pour un temps plus ou moins prolongé, et que plus tard elle fasse des retours incidents. Mais toujours vient un moment où l'agitation des premières périodes laisse place à un état plus calme, qui met en évidence l'état d'affaissement, de dépression des facultés. Et c'est alors qu'entrent en scène tous symptômes d'idéation affaiblie, languissante et confuse, d'apathie cérébrale, d'indifférence morale et affective, de volonté amoindrie, de docilité niaise, puis d'inconscience, d'hébétude, d'imbécillité, d'abrutissement, etc. Finalement, les malades descendent un dernier échelon et tombent dans la *démence* véritable.

Somme toute, vous le voyez, quels qu'ils soient originairement, les troubles psychiques de la syphilis cérébrale aboutissent à des états qui sont à l'intelligence ce que la paralysie est au mouvement, c'est-à-dire à un affaiblissement variable comme degré, voire à une abolition complète des facultés.

Cela dit relativement à la tendance naturelle des

phénomènes que nous étudions, deux points très-essentiels se présentent à spécifier actuellement.

I. — Tout d'abord, établissons bien ceci : il n'est pas impossible — loin de là — qu'un traitement spécifique intervenant à temps avec une énergie suffisante parvienne à dominer ces troubles psychiques, à les enrayer dans leur développement, ou même à les dissiper d'une façon complète. En un mot, le traitement peut contenir ou guérir ces désordres variés de l'intellect.

C'est ce dont témoignent maintes et maintes observations contenues dans la science, auxquelles j'en pourrais joindre bon nombre pour ma seule part. Déjà, d'ailleurs, je vous en ai cité quelques spécimens. Il est absolument acquis et au-dessus de toute contestation possible que des syphilis cérébrales se traduisant par des symptômes d'excitation ou de dépression, voire par l'ensemble de phénomènes plus complexes qui constitue ce que nous avons décrit sous le nom de pseudo-paralysie générale, peuvent être justiciables d'une médication spécifique bien ordonnée. Cela est patent, cela n'est plus à démontrer aujourd'hui.

Seulement, il nous faut reconnaître que les diverses formes de troubles intellectuels qui peuvent dériver de la syphilis cérébrale ne se prêtent pas également à subir l'influence répressive, corrective, du traitement. Il en est assurément qui guérissent plus facilement et mieux que d'autres ; il en est qui se montrent bien plus persistantes, sinon toujours absolument rebelles.

Le *délire* simple, par exemple, est généralement passager, peu durable. On en a facilement raison dans la grande majorité des cas.

Il en est de même des formes d'*excitation aiguë*, que je serais tenté, pour ma part, de rattacher, comme le délire, à de simples états de congestion ou d'inflammation symptomatiques, secondaires, se produisant au voisinage de lésions spécifiques. Je les comparerais volontiers à ces phlegmasies qui se développent autour d'une blessure et qui s'éteignent, se dissipent rapidement, sans avoir besoin pour guérir que la lésion dont elles procèdent soit elle-même en voie de guérison.

Déjà bien plus rebelles et bien autrement redoutables se présentent ces états moins aigus que nous avons décrits précédemment sous le nom générique d'*hébétude incohérente*, etc. Méfiez-vous, Messieurs, de ces cas où la raison s'égare à froid, où l'intelligence dévie d'une façon sourde, calme, tranquille, et lente. Ce sont là des cas qui comportent toujours un pronostic sérieux, et cela pour une double raison : d'abord, parce qu'ils sont moins influencés que d'autres par le traitement spécifique; et, en second lieu, parce que leur tendance naturelle les porte à dégénérer en des formes plus graves de dépression intellectuelle irrémédiable.

A fortiori, les chances de succès diminuent-elles encore, et de beaucoup, alors qu'on a affaire à ces formes où prédomine la *dépression* intellectuelle. Et cela, sans doute, parce que de telles formes se relient à des lésions plus profondes, mieux confirmées, voire parfois à des désorganisations acquises, irréparables. Disons même que, si des troubles de ce genre datent déjà d'un certain temps, s'ils ont acquis le degré de l'hébétude vraie, ils ne sont guère plus modifiables par n'importe quel traitement, ils restent absolument et définitivement au-dessus des ressources de l'art.

Mais, de tous ces troubles, les plus graves et les plus réfractaires, à coup sûr, sont ceux qui d'emblée présentent un mélange d'excitation et d'hébétude, avec association de phénomènes multiples intéressant la motilité, les sens, les modalités diverses du fonctionnement cérébral. Les cas de cet ordre constituent, vous vous le rappelez, la forme que nous avons décrite sous le nom de pseudo-paralysie générale de la syphilis. Or, par ce qui précède, vous savez quelle importance et quels dangers s'y rattachent. Il n'est pas impossible qu'ils guérissent, avons-nous dit ; mais le plus souvent ils résistent au traitement, ou bien ils ne sont qu'enrayés dans leur marche et laissent le malade dans un état d'infériorité intellectuelle que bientôt nous aurons à caractériser.

II. — Je viens de vous montrer tour à tour quelle est la tendance naturelle qu'affectent dans leur évolution progressive les troubles intellectuels de la syphilis cérébrale, et dans quelle mesure le traitement spécifique peut exercer sur eux une influence corrective.

De là ressort une déduction qu'il me reste à formuler et que vous avez déjà pressentie, relativement à la *gravité extrême* et à l'*incurabilité fréquente* des troubles psychiques dérivant de la syphilis cérébrale.

Sans contradiction possible, c'est là l'ordre de symptômes le plus redoutables qu'engendre la syphilis, autant parce que les manifestations de ce genre lèsent la fonction dominante de la machine humaine qu'en raison de leur résistance particulière à l'action du traitement. De ces deux considérations, la première est patente et n'a guère besoin de commentaires : tout trouble d'intelligence est spécialement grave par cela seul que l'intelli-

gence se trouve offensée. Quant à la seconde, on ne saurait la prévoir, et elle ne ressort que de l'expérience.

Or l'expérience est formelle sur ce point. *Les troubles intellectuels sont ceux qu'influence le moins activement la médication spécifique*, ceux qui lui résistent le plus opiniâtrément, ceux qui nous laissent le plus souvent désarmés. Explique le fait qui pourra; n'importe, il n'est pas moins constant. Et, pour ma part, je déclare que, de toutes les formes de la syphilis du cerveau, celle que je redoute le plus, celle qui m'a valu le plus de mécomptes et d'échecs, c'est la forme mentale. Tant qu'un malade se présente à moi avec des accidents cérébraux ayant laissé l'intelligence indemne ou presque indemne, je conserve espoir, j'ai confiance; je sais que j'ai par devers moi de nombreuses chances pour lutter avec succès contre la maladie, réserve faite, bien entendu, pour les cas à lésions anciennes, confirmées, manifestement incurables. Tandis qu'en face d'un malade dont l'intelligence est déjà troublée (et troublée surtout suivant tel ou tel mode que je précisais tout à l'heure), je me sens plus défiant; je m'attends à plus de résistance de la part des symptômes morbides, avec une action moindre de la part du traitement. Et il a été bien rare jusqu'à ce jour que mes prévisions ne fussent pas confirmées par l'événement.

Aussi la syphilis fait-elle de nombreuses victimes par les troubles qu'elle exerce sur l'intelligence; et je partage absolument à ce point de vue l'opinion du Dr Buzzard écrivant ceci dans un excellent livre que déjà je vous ai plusieurs fois cité : « Je suis persuadé qu'il existe un grand nombre de sujets qui, à la période moyenne

de la vie, deviennent des *invalides chroniques d'intelligence* par le fait de la syphilis du cerveau » (1).

Sous quelles formes se présentent ces troubles persistants de l'intelligence, alors que l'affection a été abandonnée à son évolution propre, ou bien alors qu'elle a résisté au traitement? Cela, Messieurs, vous le savez en substance par ce qui précède. Mais la précision est de rigueur dans un sujet aussi grave, et besoin est d'insister. Déjà je vous ai décrit les infirmes du mouvement par syphilis cérébrale; je dois vous présenter actuellement les *infirmes d'intelligence*.

Plusieurs degrés, plusieurs formes même, dirai-je (le mot n'a rien d'exagéré), s'offrent à distinguer ici. Je crois qu'on peut en reconnaître *trois*, se caractérisant de la façon suivante :

I. — Une première forme, de beaucoup la plus légère, consiste dans un simple *affaiblissement relatif de l'intelligence*.

On l'observe sur nombre de sujets qui, après avoir présenté du fait de la syphilis cérébrale des troubles psychiques plus ou moins intenses (accompagnés ou non de symptômes d'ordre différent), reviennent à la vie intellectuelle avec un cerveau quelque peu fatigué, mais en somme maître de lui, raisonnable et presque valide. Dans cet état, qu'on pourrait encore à la rigueur qualifier de guérison imparfaite, les malades sont des gens d'intelligence passable ou médiocre, mais pouvant aller de pair avec beaucoup d'autres. Ils sont parfaitement aptes à rentrer dans la vie commune, à s'occuper de com-

(1) *Clinical Aspects of syphilitic nervous affections* ; Londres, 1874, p. 26.

merce et d'affaires. Mais ils ne supporteraient pas une tension d'esprit prolongée; ils ne seraient pas à la hauteur d'une fonction exigeant une dépense soutenue d'activité cérébrale.. Bref, ils ne sont plus ce qu'ils étaient autrefois; ils sont devenus *inférieurs* à eux-mêmes. Ils n'ont plus la même puissance de travail, la même facilité de conception, la même fidélité de mémoire, « les mêmes capacités, » en un mot. Ils le sentent bien, ils le disent parfois, ils le déplorent. Et, plus qu'eux, leur entourage s'en aperçoit aisément.

II. — Ce n'est là qu'une ébauche. Exagérez maintenant cet affaiblissement relatif d'intelligence, et vous constituerez un second degré, encore assez commun, méritant bien le nom de *débilité intellectuelle absolue*, ou, si vous me permettez le mot, de *parésie intellectuelle*, servant de pendant à ces parésies musculaires dont je vous ai entretenus précédemment.

Les malades de cette catégorie sont ce qu'on peut appeler des « *simples d'esprit* », suivant l'expression vulgaire, c'est-à-dire des individus enfantins d'allure et de manières, bornés, niais, dépourvus de spontanéité, incapables d'un travail sérieux, incapables même de gérer leurs affaires, faciles à émouvoir dans un sens ou dans un autre, riant et pleurant sans grand motif, subissant aisément des influences étrangères, fortement déprimés au total, et cependant ne commettant aucune extravagance, se conduisant d'une façon passablement correcte, et très-différents en somme soit des aliénés, soit des idiots proprement dits.

Au surplus, mieux que toute description, un exemple pris sur nature vous mettra au fait de cet état de débilité

mentale. En voici un, qui m'est fourni par un malade que je vois fréquemment et que j'ai pu en conséquence étudier à loisir.

Cet homme, jeune encore, a été affecté il y a quelques années d'une syphilis cérébrale qui s'est traduite, comme phénomènes prédominants, par des troubles intellectuels du genre de ceux que nous avons qualifiés d'hébétude incohérente. Il a même présenté pendant quelques semaines de véritables accès maniaques, qui ont nécessité sa séquestration, car il était devenu dangereux pour lui-même et pour autrui. Dans la maison d'aliénés où il fut alors interné, on l'a soumis à un traitement spécifique intense, combiné à la médication hydrothérapique. Après quelques mois de séjour, il a recouvré suffisamment la raison pour qu'on dût le rendre à la liberté. Au dehors, grâce aux soins et à la surveillance de sa famille, il a continué le même traitement et obtenu une amélioration telle qu'on a pu le croire voisin de la guérison. A ce moment, il a voulu, en dépit de tous les conseils qui lui étaient prodigués, reprendre ses anciennes occupations. On lui a cédé, et il s'est « remis aux affaires ». Mais bientôt il a été forcé de vendre sa maison de commerce, se reconnaissant lui-même incapable de la gérer : « les affaires l'ennuyaient, l'accablaient, disait-il ; il n'avait plus la tête à cela ». Or, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quatre ans actuellement, la médication spécifique longtemps continuée n'a plus produit aucun effet, et cet homme est resté, comme il reste encore aujourd'hui, *immobilisé* dans le même état de débilité mentale. C'est un pauvre d'esprit, un imbécile, dans toute l'acception du mot. Il ne délire pas, il ne divague pas ; il ne commet en paroles ou en actions aucune

extravagance. Mais ses conceptions sont plus que bornées. Il vit machinalement, ne s'occupant à rien de sérieux. Il va et vient sans but; il se promène, flâne, lit son journal qu'il ne comprend guère, mange, boit, dort, et c'est tout. Pendant plusieurs mois de suite, il lui a pris fantaisie de suivre les ventes publiques; chaque jour, très-ponctuellement, il se rendait à l'hôtel Drouot, où il passait de longues heures, mais sans jamais prendre part aux enchères, sans jamais acheter rien. Très-inquiet de sa santé (qui cependant est excellente), il vient souvent me rendre visite et me consulte longuement pour des futilités imaginaires. Chaque fois alors la scène se passe d'une façon absolument identique. Premiers efforts de ma part pour le rassurer, mais efforts toujours infructueux. Pour en finir, je prends le parti de lui formuler une prescription inoffensive. Mon ordonnance à peine terminée, il s'en empare avec une sorte de joie enfantine, la serre précieusement dans son portefeuille, puis ne manque jamais de me demander « si mon remède ne va pas lui faire du mal ». S'apercevant de l'inconvenance, il s'excuse, m'accable de témoignages de confiance, puis se met à rechercher anxieusement dans toutes ses poches l'ordonnance qu'il craint d'avoir égarée. Enfin il s'en va, mais non sans oublier très-régulièrement ou ses gants, ou sa canne, ou son chapeau.

III. — Dans un troisième degré, la débilité intellectuelle s'exagère encore et aboutit à divers états mal définis, impossibles à dénommer avec exactitude, confinant à la démence, mais ne se confondant véritablement avec elle que dans une période avancée.

C'est alors qu'on a affaire à des malades chez lesquels

l'intelligence s'est abaissée d'une façon excessive, extraordinaire; — à des malades qui ont rompu avec toute occupation, tout travail; — chez lesquels l'idéation est presque éteinte, ou qui n'ont plus que quelques conceptions vagues, confuses, obscures, souvent même absurdes, vésaniques, délirantes; — qui sont devenus apathiques, oublieux, inconscients, incultes, négligés; — qui sont désintéressés, désaffectionnés de tout; — qui ne vivent plus guère, au total, que d'une existence imbécile, automatique, végétative.

J'ai déjà vu plusieurs de mes clients dégénérer de la sorte et tomber peu à peu dans ce lamentable état de dégradation intellectuelle. Il est vrai que chez tous ces malades, sans exception (qu'il me soit permis de le dire à ma décharge), la cause spécifique n'avait pas été soupçonnée au début de l'affection, et que le traitement spécifique ne fut institué par moi qu'à une période où déjà les accidents étaient au-dessus des ressources de l'art.

Quelques-uns de ces tristes exemples ne seront pas inutiles à citer; car, d'après ce que j'ai pu voir, on ignore ou l'on ne sait pas assez, en général, jusqu'à quel degré d'abaissement, de déchéance psychique, affective et morale, la syphilis est capable de conduire ses victimes.

Je traite — ou plutôt je visite encore aujourd'hui, car tout traitement serait superflu — un malade qui, après avoir présenté dans ces dernières années une nombreuse série d'accidents des plus graves (crises épileptiques, ictus congestifs, accès maniaques, etc.), est tombé finalement dans un état mental singulier, difficilement qualifiable, se caractérisant surtout par une sorte d'*hébétude calme*, *indifférente*, *apathique*. Complétement dépourvu

de toute spontanéité, il n'a plus, pour ainsi dire, de besoins intellectuels. Inconscient de ce qui l'entoure, insouciant, détaché de tout ce qu'il avait à cœur jadis, il ne s'occupe plus de rien, ni de sa famille, ni de ses enfants, ni de sa personne, toujours inculte et négligée. Il n'a plus souci ni de ses affaires, ni de sa fortune, ni de la politique qui l'occupait beaucoup autrefois, ni de ses devoirs religieux dont il était un très-fidèle et très-fervent observateur. (A ce propos même, une particularité curieuse consiste dans l'aversion que le malade a prise pour tout ce qui touche à la religion; depuis un an, en dépit des instances de sa famille, il n'a pas consenti une seule fois à entendre la messe : « c'est plus fort que lui, dit-il en propres termes; il ne peut mettre les pieds dans une église ».) Il ne conserve qu'une notion très-imparfaite des temps et des lieux. Perpétuellement oisif, il ne se prête que sur des invitations réitérées à lire ou à faire semblant de lire un journal, auquel d'ailleurs il n'attache qu'une attention distraite. Tranquille, calme, doux, il ne s'anime que par instants sur des réminiscences éloignées, qu'il raconte alors avec une volubilité maniaque, et qu'il raconte sans le moindre propos, à tout venant, sans s'inquiéter si son interlocuteur est ou non au courant des personnes ou des choses en question.

Un autre malade de ma clientèle, âgé de trente ans actuellement, a abouti, du fait de la syphilis cérébrale, à une sorte d'état de *stupeur muette*. Depuis deux ans, il a perdu toute spontanéité. D'une part, il vit littéralement immobile; il resterait immobile toute la journée, si on ne le forçait à quitter son lit, à se promener dans sa chambre ou au dehors. Dans la rue, on a l'obligation de le con-

duire par la main comme un enfant, « sans quoi il resterait indéfiniment à la même place ». D'autre part, il ne dit pas un mot, un seul mot, de son initiative propre. Quand on l'interroge, ou bien il ne répond pas, ou bien il répond d'un ton ennuyé par quelques monosyllabes ; bien rarement il fait la grâce d'une phrase très-courte. Il a perdu complétement la mémoire. Il ne se rend plus compte de rien, ni du temps, ni des lieux, ni des personnes, ni de la valeur de l'argent, etc. Il lit constamment, mais il lit toujours le même livre, et il ne peut dire ni le titre de l'ouvrage ni le sujet dont il y est question. De temps à autre, on lui change son livre, par pitié, et il ne s'en aperçoit même pas. Il est indifférent à tout ; à peine témoigne-t-il un désir enfantin pour quelques gourmandises, par exemple pour les sucreries. En un mot, il est complétement annihilé d'intelligence, abruti. Du reste, il se prête docilement à tout ce qu'on lui demande ; il n'a jamais de colère, et il obéit à sa sœur, qui lui sert de garde, avec une soumission absolument passive.

Un troisième malade, également âgé d'une trentaine d'années, a été conduit à une situation presque complétement identique par une syphilis cérébrale grave, qui a affecté sur lui la forme de ces pseudo-paralysies générales dont je vous ai longuement entretenus. Ce n'est plus aujourd'hui qu'un « *grand enfant* », docile, inoffensif, qu'on est forcé d'habiller et de déshabiller, de conduire par la main dans les rues, comme le malade précédent, et qui est incapable de quoi que ce soit par lui-même, *sponte suâ*. Il passe ses journées sur un fauteuil, sans dire mot. Il ne fait jamais rien, il ne lit jamais. Lui parle-t-on, il répond d'une façon à peu près correcte,

mais très-brièvement. Il n'a plus qu'une idée, une idée unique, qui le poursuit, qui l'assiége constammnet, relative à des insectes, « à des poux, qui, dit-il, lui ont passé du corps dans la tête et lui rongent actuellement la cervelle ».

Un quatrième, à la suite encore d'une pseudo-paralysie générale d'ordre syphilitique, est tombé dans un état d'*hébétude absolue*. Il passe pour « un idiot » dans le petit pays où l'a retiré sa famille ; et, en effet, ses facultés sont assez bornées pour lui avoir valu ce triste renom. Jadis peintre distingué, il n'a plus touché à ses pinceaux depuis plusieurs années. Tout ce dont il est capable actuellement, c'est de venir à Paris une fois par jour régulièrement, à heure fixe, pour prendre les journaux du soir, qu'il rapporte à un libraire de sa localité. Il remplit assez correctement, et d'une façon en quelque sorte machinale, ce petit office qui l'aide à vivre. Mais ne lui demandez pas autre chose ; car, de l'aveu même de ses parents, « il n'est propre à rien en dehors de cela ». Un ami, par exemple, vient-il à l'interpeller quand il fait sa petite excursion quotidienne, ou bien il ne répond pas, ou bien il marmotte quelques mots, avec une parole lente, traînante, embarrassée, scandée ; puis bientôt il se tait, il ne comprend même plus ce qu'on lui dit, comme si la somme d'attention et de raison dont il dispose se trouvait en quelque sorte épuisée.

Tels sont, Messieurs, pour faire pendant aux infirmes du mouvement dont je vous parlais au début de cette conférence, les *infirmes de l'intelligence* par syphilis du cerveau.

VII

Je viens de vous décrire séparément les troubles moteurs et les troubles intellectuels qui composent les étapes successives et ultimes de la syphilis cérébrale. Un seul point me reste à ajouter actuellement pour compléter le tableau, et ce point est relatif aux cas où ces deux ordres de manifestations, au lieu de se présenter isolément, se trouvent associés, combinés.

Les cas de ce genre sont fréquents, bien plus fréquents même que ceux où figurent isolés les deux ordres d'accidents qui précèdent. Vous les décrire en détail serait reprendre le double exposé symptomatologique que vous venez d'entendre. Je vous épargnerai donc des répétitions inutiles en me bornant à vous dire simplement ceci :

Que, sur nombre de malades, la syphilis cérébrale se compose, dans ses stades avancés, de *troubles moteurs associés à des troubles psychiques ;*

Et qu'alors, prenant une allure nouvelle, elle se présente le plus souvent sous tel ou tel des deux types que voici :

1° Sous le type du *ramollissement cérébral chronique*, ou, plus généralement encore, sous celui des *états post-apoplectiques, post-hémiplégiques ;*

2° Sous le type de la *démence paralytique.*

Quelques développements sont ici nécessaires relativement à ces deux formes terminales.

I. — La première, constituant ce que nous appellerons le TYPE POST-HÉMIPLÉGIQUE, se compose de ces deux

éléments : d'une part, des *paralysies* vraies, confirmées, d'*ordre hémiplégique ;* — et, d'autre part, des *troubles intellectuels de forme dépressive*, rappelant l'hébétude, l'enfance, rappelant ce qu'on observe de préférence dans le ramollissement cérébral chronique, avec ou sans mélange d'incidents passagers d'excitation, d'agitation, etc.

Dans ce type, le malade qui finit ainsi la syphilis cérébrale se rapproche étrangement des sujets affectés de ramollissement ou des sujets tombés en état d'hébétude consécutivement à des hémiplégies de diverses origines. Jugez-en au surplus par le cas suivant, que j'emprunte à mes notes.

Un homme vigoureux, dans la force de l'âge, syphilitique depuis une dizaine d'années, commence une syphilis cérébrale par des accès violents de céphalée, bientôt suivis de l'apparition d'une exostose frontale. Quelques mois après, il est pris de troubles intellectuels et perd la mémoire. Surviennent à brève échéance deux accès d'hémiplégie. A dater de ce moment et en dépit du traitement spécifique (qui du reste ne fut jamais que très négligemment et très-incomplétement suivi), s'établit un état progressif de décadence intellectuelle, caractérisée surtout par la dépression des facultés, avec incidents passagers d'excitation, voire d'agitation presque maniaque. On est forcé à deux reprises d'interner le malade dans une maison d'aliénés. Il en sort chaque fois quelques mois plus tard, très-notablement amélioré par un traitement énergique à l'iodure de potassium. Mais bientôt une recrudescence se manifeste dans les troubles d'intelligence. L'état mental décline de plus en plus. Bref, le malade aboutit à l'hébétude véritable, et à

l'hébétude calme, enfantine, simplement troublée de temps à autre par des accès d'excitation vésanique.

Or, cette forme ultime de la maladie, qui ne dura pas moins de *dix ans*, et cela sans modifications bien appréciables, se caractérisait de la façon suivante : d'une part, restes d'hémiplégie gauche, incomplète : bouche légèrement déviée ; jambe traînante ; bras à demi paralysé ; main très-débile, serrant à peine et maladroite ; parole embarrassée, lente, hésitante, etc. ; — et, d'autre part, intelligence extrêmement déprimée ; conceptions confuses, vagues, le plus souvent incohérentes ; pleurs et rires sans motifs ; mémoire quelque peu conservée pour les faits anciens, mais tout à fait nulle pour les faits récents ; abdication de la volonté ; docilité habituelle, alternant avec de subites et redoutables colères ; absence presque totale d'initiative, sauf par éclairs, et alors incohérence de propos et d'actions.

Aussi, pendant cette longue période, la vie du malade fut-elle incidentée d'extravagances de tout genre. D'abord, il se laissa à demi ruiner, parce que, crédule à l'excès, incapable de résister à des influences étrangères, il accorda sa confiance et sa signature à des escrocs qui abusèrent de lui. Puis il tomba sous la domination d'une femme qui l'exploita jusqu'à sa mort et qui obtint de lui un testament en sa faveur. — Il se livrait à des dépenses folles. Il achetait cent choses dont il n'avait que faire, et vendait à vil prix ce dont il avait le plus besoin. — Il collectionnait comme antiquités rares des ustensiles vulgaires de jardinage qu'il me montrait avec orgueil. — En dépit de son insanité patente, il parvint à obtenir un port d'armes, et partit un jour à la chasse dans le plus burlesque équipage,

traînant son fusil et son chien dans une brouette. Un autre jour, il se mit à tirer des coups de revolver dans le plafond de sa chambre ; un autre jour encore, il barbouilla d'encre le papier de sa salle à manger, etc., etc.

Mais, à part ces accès intermittents et relativement rares d'excitation, c'était, je le répète, un homme en état d'hébétude constante, en état d'*enfance*, comme on dit vulgairement. Il vivait d'une sorte d'existence automatique, obéissant d'une façon routinière aux habitudes contractées de longue date, mais absolument incapable d'imaginer ou de faire à nouveau quoi que ce soit de raisonnable et de sensé. En un mot, il rappelait exactement, au double point de vue des troubles psychiques et moteurs, l'état de *déchéance post-hémiplégique* qu'il est si commun de rencontrer à la période ultime de diverses affections cérébrales, notamment du ramollissement.

II. — Dans le deuxième type, les malades se rapprochent davantage de la DÉMENCE PARALYTIQUE, et cela pour deux raisons :

1° Parce que leur état intellectuel consiste moins dans l'abrutissement simple, dans la dépression calme et passive, que dans un mélange de dépression et d'*excitation*, d'*extravagance*, d'*incohérence habituelles;*

2° Et surtout parce que leurs troubles moteurs ne sont pas constitués, comme dans le type précédent, par des paralysies vraies, systématisées, latéralisées, hémiplégiques en un mot, mais par des *parésies diffuses* et *plus générales*, par des phénomènes d'incoordination motrice, des tremblements de la langue et des membres, des incertitudes, des défaillances musculaires, etc.

Tel se présentait, à la période terminale de sa mala-

die, un de mes clients qui vient de succomber tout récemment. Cet homme n'était pas seulement très-déprimé comme intelligence; il offrait de plus un état constant d'excitation et de divagation. Il commettait quotidiennement insanités sur insanités, en paroles comme en actions. Il allait et venait sans but ni direction. Il voulait toujours sortir, « pour reprendre ses affaires où des bénéfices énormes l'attendaient ». Il s'habillait et se déshabillait vingt fois par jour, se couchait, se levait sans propos déterminé. Il ne savait plus distinguer sa femme et sa fille, qu'il interpellait l'une pour l'autre le plus souvent. En général, il n'accordait aucune attention aux personnes présentes. Il ne cessait de s'irriter, de gesticuler, de crier. Il se trompait d'étage pour rentrer chez lui; il renversait son verre dans son assiette, il déchirait le papier de sa chambre, etc., etc. Tantôt il répondait aux questions qui lui étaient adressées, et tantôt il semblait ne pas même les entendre. — D'autre part, il ne présentait aucune paralysie, notamment aucun trouble moteur latéralisé. Mais ses mains étaient maladroites et tremblotantes. Ses jambes ne le portaient qu'à peine; sa démarche était chancelante, heurtée, avec saccades de défaillance. La parole était devenue lente, embarrassée, confuse, parfois inintelligible. La langue se tirait par secousses et tremblait. Enfin la vessie et le rectum se vidaient le plus souvent sans que le malade en eût conscience. Bref, c'était un *gâteux* dans toute l'acception du mot. — Une sorte d'ictus apoplectiforme, suivi de coma, termina cette pénible scène, complétement assimilable, vous le voyez, à l'état du *paralytique général* dans une période avancée de la maladie.

Donc, *ramollissement chronique* et *démence paralytique*, telles sont les deux entités morbides que simule, dans ses phases avancées, la syphilis cérébrale ; tels sont les deux aspects qu'elle revêt à une période voisine de sa terminaison.

Remarquez bien, Messieurs, je vous prie, cette allure ultime de la maladie ; remarquez bien ce rapprochement symptomatologique entre la syphilis cérébrale et deux affections vulgaires, communes, assurément aussi éloignées que possible de la syphilis comme essence, comme nature. Cela est bien curieux, n'est-il pas vrai ? Or cela n'est pas moins légitime ; cela n'a rien de surprenant et pouvait même être prévu de par les seules données anatomiques, de par le caractère des lésions qu'il est habituel de rencontrer aux autopsies. Si la syphilis cérébrale se termine de la sorte, en prenant les formes, en revêtant les allures cliniques du ramollissement ou de la paralysie générale ; c'est qu'elle a de bonnes raisons pour aboutir à tel ou tel de ces dénouements. Et, en effet, rappelez-vous ce que nous apprend l'anatomie pathologique relativement aux lésions cérébrales de nos malades. Elle nous apprend ceci :

1° Que, d'une part, la syphilis cérébrale détermine le plus souvent, comme conséquences, comme épiphénomènes de ses lésions propres, des lésions d'ordre vulgaire, et surtout des lésions de *ramollissement* à forme chronique.

Donc, puisque la syphilis développe dans le cerveau (d'une façon ou d'une autre, peu importe) des lésions de ramollissement, il est tout naturel qu'elle emprunte au ramollissement ses caractères cliniques, sa symptomatologie propre.

2° L'anatomie pathologique nous apprend, d'autre part, que la syphilis cérébrale est, en nombre de cas, une affection à *lésions périphériques*, *corticales*.

Donc, tout aussi naturellement, elle doit, dans les cas de cet ordre, prendre les caractères, les expressions cliniques d'une maladie qui réalise au plus haut degré le type d'une affection corticale, périphérique, et qui n'est autre que la *paralysie générale*, la démence paralytique, la méningo-périencéphalite.

Rien de plus simple, de plus légitime, dans l'un et l'autre cas.

Et c'est ainsi qu'après avoir débuté par des symptômes multiples et divers, la syphilis cérébrale aboutit, en raison même de l'évolution et du siége de ses lésions, à revêtir dans une phase éloignée les allures, la physionomie de deux maladies vulgaires, à savoir : le ramollissement et la démence paralytique.

Voyez donc, Messieurs, comment se confirme, à mesure que nous avançons dans notre sujet, cette proposition que j'émettais devant vous au début même de ces conférences, en vous disant ceci : *La syphilis cérébrale tue rarement par ses lésions propres ; tandis qu'elle tue le plus souvent par le fait de lésions* VULGAIRES, *communes, conséquences indirectes de la diathèse, et servant d'intermédiaires entre la diathèse et la mort.* Nous voici arrivés au terme de la maladie, et l'assertion précédente se trouve pleinement démontrée, puisque ce sont des lésions et des symptômes d'affections vulgaires qui préparent et déterminent le dénouement fatal.

VIII

Lorsque la syphilis cérébrale en est arrivée au point où nous l'avons conduite, c'est-à-dire lorsqu'elle a déterminé des symptômes d'une aussi haute gravité, se reliant de toute évidence à des désorganisations accomplies, vous concevez sans peine quel peut en être le dénouement.

Ce dénouement est compris dans les deux alternatives suivantes :

Ou bien, *survie du malade avec infirmités permanentes, définitives ;*

Ou bien, *mort*, mort à échéance variable, mais presque toujours plus ou moins rapprochée.

De ces deux alternatives, la première nous est déjà connue par ce qui précède. Elle s'observe dans les cas où les lésions cérébrales sont et restent circonscrites, au moins relativement, dans les cas où elles n'ont pas tendance à diffuser, à se compliquer d'altérations secondaires, soit inflammatoires, soit ischémiques. Il en est d'elles alors, pour prendre une comparaison, comme de certaines gommes palatines qui, se limitant à un point du voile, y font leur trouée, y accomplissent une destruction locale, mais sans envahir les parties périphériques, sans s'étendre au reste de l'organe. Le voile, dans les cas de ce genre, reste sain dans sa presque totalité, au pourtour d'une perforation, d'une destruction accomplie. De même, en ce qui nous concerne actuellement, le cerveau peut rester indemne à la périphérie d'un de ses départements désorganisé ; et le

malade alors n'a pas de raison pour mourir, à moins que la lésion n'intéresse les centres ou les conducteurs nerveux dont l'intégrité organique est indispensable à la conservation de l'existence.

Dans la seconde alternative, au contraire, viennent prendre place tous les cas où les lésions originelles menacent plus rapidement la vie pour des raisons diverses, soit par leur siége sur un centre cérébral important, soit par leur multiplicité, leur dissémination, soit par leur tendance expansive, soit plus souvent encore par les complications d'ordre vulgaire, inflammatoires ou ischémiques, qu'elles suscitent dans leur voisinage. La mort, en ces conditions, devient une conséquence inévitable. Comment se produit-elle?

De diverses façons, à savoir :

1° Le plus souvent d'une façon aiguë, je veux dire à la suite et par le fait d'une secousse intense, violente, telle qu'un *ictus apoplectiforme*, accompagné ou non d'hémiplégie constatable et suivi d'un coma ultime, ou bien telle qu'une série de *crises épileptiques*, qui se répètent coup sur coup, d'une façon parfois subintrante, et laissent le malade dans un état comateux dont il ne doit plus sortir ;

2° D'autres fois, la mort survient sans secousse, dans une sorte d'*affaissement comateux progressif ;*

3° Parfois encore, mais bien plus rarement, elle est précédée d'une courte période de phénomènes aigus qui, sous forme d'une *méningo-encéphalite*, viennent s'enter sur l'état chronique antérieur ;

4° Plus tardive en d'autres cas, elle est le résultat d'un épuisement lent, d'une véritable *extinction par cachexie.*

Il se peut que, dans ces conditions, le dénouement fatal soit précipité par la formation d'*eschares* sur les parties déclives ;

5° Enfin les malades sont quelquefois emportés par des *maladies intercurrentes*, appartenant surtout à l'ordre de ces affections dites « ultimes », qui servent si fréquemment de terminaison aux lésions des centres nerveux, et parmi lesquelles figure au premier rang la pneumonie.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

ÉVOLUTION. — TERMINAISONS. — PRONOSTIC.

I. — Évolution. — Le plus habituellement, l'évolution de la syphilis cérébrale, abandonnée à son impulsion propre, est celle d'une affection *lente, continue, progressive.* — Durée soumise à de nombreuses variétés. — Durée moyenne : une à deux années.

Divers cas d'ordre plus rare. — Évolution *rapide.* — Évolution *précipitée.* — Deux ordres de cas de ce genre. — *Mort subite.* — Terminaison brusque par *méningo-encéphalite aiguë*, venant s'enter sur des lésions de marche chronique. — Cas à évolution saccadée, *discontinue*, interrompue par des stades de rémission spontanée.

II. — Terminaisons. — Quatre modes possibles de terminaisons : 1° *mort.* — 2° *Survie avec infirmités graves et persistantes.*— Infirmités du mouvement, de l'intelligence et des sens. — *Surdité*, très-habituellement unilatérale. — *Amaurose*, presque invariablement double. — Fréquence réelle, jusqu'ici méconnue, des cécités par syphilis cérébrale. — 3° *Guérison avec reliquats.* — 4° *Guérison complète*, absolue. — Elle n'est pas également possible pour tous les cas ; mais il n'est pas de cas, si grave qu'il paraisse, où elle soit rigoureusement impossible. — Exemples de guérison dans des cas qu'on avait crus et qu'on pouvait croire désespérés.

III. — Pronostic. — Dans quelle proportion de fréquence relative se présentent ces divers modes de terminaison ? — Statistique personnelle. — Résultats lamentables. — Correctifs à introduire dans ces résultats, qui expriment assurément un degré de gravité supérieur à la gravité vraie de la maladie. — La syphilis cérébrale n'en reste pas moins une affection comportant un *pronostic d'une gravité considérable.*

Conditions diverses susceptibles d'influer sur ce pronostic. — Pronostic spécial de certaines formes. — Condition majeure dominant toutes les autres : intervention ou non-intervention du traitement spécifique. — Que devient la maladie sans traitement ? — Que

devient-elle ou que peut-elle devenir alors qu'un traitement suffisant lui est opposé en temps opportun? — Retour à la statistique précédente ; exemples cliniques.

IV. — *Recrudescences et récidives.* — Fréquence extrême des recrudescences et des récidives dans la syphilis cérébrale. — Possibilité de récidives multiples. — Comment ces récidives constituent en l'espèce une condition pronostique des plus défavorables.

V. — *Résumé.* — Coup d'œil d'ensemble sur la maladie.

Messieurs,

Dans les conférences qui ont précédé celle-ci, je vous ai décrit tour à tour les formes initiales, puis les formes consécutives et ultimes de la syphilis cérébrale.

Nous connaissons la maladie dans ses éléments. Envisageons-la aujourd'hui dans son ensemble. A ce point de vue encore, diverses considérations du plus haut intérêt pratique réclament notre attention.

I

Quelques mots tout d'abord sur la marche générale de la maladie.

I. —Le plus habituellement, l'évolution de la syphilis cérébrale, abandonnée à son impulsion propre, est celle d'une affection *lente*, *continue* et *progressive*.

C'est dire que la syphilis cérébrale parcourt généralement ses périodes à la façon d'une maladie chronique; — qu'elle les parcourt sans arrêt, sans intermission, sans rémission ; — qu'elle se compose d'une série de symptômes qui s'ajoutent les uns aux autres par ordre de gravité croissante.

Tel est d'ailleurs le type sous lequel nous l'avons en-

visagée et décrite jusqu'alors, type non pas constant à coup sûr, mais de beaucoup le plus commun.

Quant à la *durée* totale qui embrasse cette évolution progressive, impossible de la déterminer d'une façon précise. Force nous est de lui assigner seulement des limites assez vagues et sujettes à de nombreuses variétés. D'une manière très-approximative, bornons-nous donc simplement à dire que cette durée, très-inégale d'un cas à un autre, est généralement contenue dans l'espace d'une à deux années. Toute appréciation plus circonscrite serait nécessairement entachée d'erreur.

II. — Et, en effet, reconnaissons de suite que, si telle est la marche qu'affecte en général le processus morbide, de nombreuses exceptions dérogent à la règle que nous venons de formuler.

Ainsi, notons d'abord que l'évolution symptomatologique peut être bien plus hâtive, bien plus rapide. Il est nombre de cas où les accidents de la syphilis cérébrale se condensent dans un laps de temps bien autrement restreint, pour aboutir à une terminaison fatale en moins d'une année, dans l'espace de huit mois par exemple, de six mois, voire de trois mois.

C'est de la sorte que j'ai vu succomber un de mes clients après *trois mois et quelques jours* de maladie, pas davantage.

Ce malade, que j'avais traité avec succès quelque temps auparavant pour une ulcération phagédénique du pied, me fait mander à nouveau le 5 décembre 1871, à propos d'une paralysie toute récente de la troisième paire gauche, paralysie qu'avait précédée à courte distance et qu'accompagnait encore une intolérable céphalée.

Le traitement spécifique, tout d'abord, réussit à enrayer les phénomènes ; il atténue la paralysie, il dissipe complétement les douleurs de tête. — Mais voici que, vers la fin de janvier, se fait une explosion presque subite de symptômes bien plus alarmants : vomissements répétés ; insomnie incoercible ; troubles moteurs ; incertitude de l'équilibre, marche ébrieuse, défaillances musculaires soudaines, etc. ; et, de plus, troubles d'intelligence : enfantillages, divagations passagères, débilité de mémoire, etc. — Puis, bientôt après, paralysie de la troisième paire droite ; paralysie de la sixième paire droite ; affaiblissement général, avec ébauche d'hémiplégie. — Dès lors, en dépit du traitement, tous ces accidents ne font plus que s'accroître, s'exagérer d'intensité de jour en jour. Le malade devient tout à fait hémiplégique, tombe en démence, et succombe le 6 mars. — Durée totale : trois mois et quelques jours.

De même, je trouve dans mes notes une autre observation de syphilis cérébrale (celle-ci avec autopsie) dans laquelle l'évolution se fit en moins de trois mois.

III. — D'ailleurs il est des cas à évolution encore plus précipitée, à dénouement plus hàtif.

Ceux-ci se divisent naturellement en deux groupes.

Dans le premier groupe, les accidents cérébraux revêtent immédiatement un très-haut degré de gravité, au point de placer les malades presque d'emblée en imminence de terminaison fatale.

Comme exemples du genre, rappelez-vous ces cas de *coma sidérant* ou *pernicieux* faisant une explosion aussi menaçante qu'inattendue à la suite de quelques

prodromes légers ou d'importance relativement très-minime (1).

De même, un de mes clients succomba d'une façon très-rapide à des accidents du genre de ceux qui constituent la pseudo-paralysie générale. Cet homme avait été affecté trois ans auparavant d'accidents non douteux de syphilis cérébrale, dont une médication énergique, dirigée par un de nos savants confrères, M. le Dr Coffin, était parvenue à le délivrer complétement. Il était rétabli, absolument rétabli depuis longtemps, au point de remplir sans fatigue des fonctions importantes, lorsqu'il fut repris d'hésitation de la parole, de tremblement des mains et de la langue, d'excitation cérébrale, de délire, etc. Tous ces phénomènes s'accrurent avec une rapidité insolite, acquirent une intensité extraordinaire, et précipitèrent leur marche de telle sorte que le malade fut emporté en moins de sept semaines.

Dans une deuxième catégorie de cas, la maladie évolue d'abord avec sa lenteur ordinaire, sous telle ou telle de ses formes habituelles. Puis survient tout à coup, d'une façon inopinée, un accident grave (hémiplégie, par exemple, ou bien encore série de crises épileptiques se répétant coup sur coup) qui termine rapidement la scène.

C'est ainsi que, dans une observation de Jani, nous voyons une femme, affectée depuis quelque temps de violents maux de tête et d'une rétinite spécifique, être prise tout à coup d'hémiplégie et succomber en l'espace de trois jours. L'autopsie fut pratiquée et révéla, d'une part, de nombreuses adhérences méningo-cérébrales, et,

(1) V. p. 153 et suivantes.

d'autre part, une double thrombose artérielle occupant le tronc basilaire et la sylvienne (1).

D'autres fois encore, c'est la mort qui, subitement, vient interrompre une évolution jusqu'alors normale et lentement progressive. Un de mes clients a été emporté de la sorte, d'une façon aussi brusque qu'inattendue. Ce malade présentait depuis deux à trois mois divers symptômes de syphilis cérébrale : céphalée, accès d'épilepsie latéralisée, troubles intellectuels, crises passagères d'excitation maniaque, etc. ; mais rien ne faisait présager pour lui l'imminence prochaine d'un dénouement fatal, quand, un matin, on le trouva mort dans son lit.

Ces divers genres d'évolution sont très-rares à coup sûr, et le dernier surtout est tout à fait exceptionnel. Mais ils ne sont pas moins essentiels à bien connaître, car ils démontrent une fois de plus l'urgence d'un traitement des plus énergiques dès les premiers temps de l'invasion de la syphilis cérébrale, quelque forme d'ailleurs qu'affecte la maladie à son origine.

IV. — A ce même groupe se rattachent encore certains cas très-peu communs et différents de tous les précédents par l'intervention d'un symptôme particulier, insolite en l'espèce, dont je ne vous ai guère parlé jusqu'ici, et qui n'est autre que la *fièvre*. Cette fièvre, qui apparaît parfois comme prélude d'une terminaison rapide, n'est elle-même que l'expression d'une *méningo-encéphalite* de forme plus ou moins aiguë, laquelle vient s'enter sur un état chronique et en brusquer le dénouement.

(1) *Med. chirurg. Rundschau, Jahrg.* VIII, 1867.

Ce qui se produit alors n'offre rien que de prévu, de déterminé à l'avance, et consiste simplement en l'ensemble de phénomènes qui caractérise toutes les inflammations aiguës de l'encéphale, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, à savoir : d'une part, accélération du pouls, élévation de la température, fièvre, en un mot ; — d'autre part, recrudescence ou invasion de maux de tête violents ; tous symptômes d'excitation cérébrale : agitation, délire, mouvements convulsifs, soubresauts musculaires, etc. ; — constipation, vomissements ; — altération du facies ; accablement, prostration des forces ; — quelquefois parésies ou paralysies partielles ; — puis, très-rapidement, tendance à l'assoupissement, somnolence, et coma définitif, auquel succède la mort à brève échéance.

Et toujours, dans les cas de cet ordre, l'autopsie révèle *deux ordres de lésions* facilement distinctes : les unes *anciennes*, auxquelles se rattachent les premiers phénomènes morbides ; — et les autres *plus récentes*, *de forme aiguë*, consistant en des altérations inflammatoires nouvellement développées au pourtour ou au voisinage des précédentes.

V. — Enfin, mentionnons une dérogation d'un autre genre aux modes habituels d'évolution de la maladie.

Je vous ai dit que la syphilis cérébrale affecte généralement une marche continue. Or certains cas échappent à cette règle, pour présenter une évolution incidentée, interrompue, saccadée, véritablement *discontinue*.

Ainsi il est bien positif que, sur certains sujets, le cours des symptômes morbides se suspend quelquefois

pour laisser place à des stades d'accalmie, stades durant lesquels les accidents antérieurs s'amendent ou disparaissent. On pourrait croire alors que la maladie a dit son dernier mot et qu'elle va se restreindre définitivement à l'ordre de troubles qu'elle a déjà produits. Un laps de temps variable s'écoule ainsi; puis, tout à coup, se fait un retour offensif de la diathèse. Les manifestations évanouies se renouvellent, ou bien d'autres entrent en scène, plus sérieuses encore que les premières.

Un exemple de cette marche saccadée, à poussées successives, nous est fourni par la céphalée. Il n'est pas rare (sans que nous puissions en dire les motifs) que la céphalée de la syphilis cérébrale, après avoir duré un certain temps, se modère, s'amende *sponte suâ*, disparaisse même complétement, pour se reproduire à échéances variables avec une intensité égale, si ce n'est supérieure. Ces rémissions, ces disparitions des maux de tête, même plusieurs fois répétées, constituent un fait maintes fois observé dans le cours de la maladie et absolument indéniable.

Mais il y a plus. D'autres symptômes plus importants que la céphalée peuvent disparaître pour un temps, toujours en l'absence de la médication spécifique, puis reparaître à terme varié ou céder la place à des manifestations d'un autre genre. Telle est l'épilepsie. Sur quelques malades, on a vu des crises épileptiques se produire pendant un, deux ou trois mois, s'apaiser complétement, puis se renouveler avec une intensité égale ou supérieure après une intermission plus ou moins prolongée. Ou bien encore on a vu la maladie procéder de la façon suivante : tout d'abord, symptômes épileptiques, inaugurant le début de l'affection; — plus tard,

suspension des crises, accalmie temporaire, voire état momentané de guérison apparente ; — et, finalement, invasion d'autres accidents plus graves, notamment de troubles intellectuels ou moteurs.

On aurait même à citer des cas où la syphilis cérébrale, après avoir déterminé une hémiplégie, s'est bornée là pour un temps *sponte suâ*, puis, reprenant sa marche, s'est traduite ultérieurement par des accidents nouveaux. J'ai dans mes notes, par exemple, l'histoire d'un malade qui, frappé d'une hémiplégie syphilitique, se rétablit sans traitement d'une façon à peu près complète, resta dans cet état pendant dix-neuf mois, et fut repris alors d'une seconde hémiplégie, laquelle persista en dépit d'une médication énergique et passa à l'état d'infirmité définitive.

Donc il n'est pas impossible, vous le voyez, Messieurs, que la syphilis cérébrale affecte une évolution saccadée, interrompue par des stades de rémission spontanée (1). Sans doute il est assez rare qu'elle s'éloigne ainsi de son type ordinaire ; mais il n'est pas moins essentiel pour la pratique de savoir qu'elle procède parfois de la sorte, afin de ne pas se laisser donner le change par de trompeuses apparences de guérison.

(1 C'est là un fait que Lallemand avait déjà parfaitement remarqué et signalé, mais en l'exagérant (car il regardait ce mode d'évolution intermittente comme la marche la plus habituelle des encéphalopathies spécifiques).

« Quand on étudie avec soin, dit-il, les symptômes cérébraux observés chez les malades en question, on n'y voit plus une seule maladie suivant son cours sans la moindre interruption, augmentant d'une manière progressive et régulière ; mais on y trouve une succession interrompue et variable de méningites et d'encéphalites, aiguës ou chroniques; des congestions plus ou moins intenses, qui se répètent à des époques plus ou moins éloignées, et sont séparées par des *amé-*

II

Les *terminaisons* diverses qu'affecte la syphilis cérébrale peuvent se ranger naturellement sous quatre chefs, de la façon suivante :

1° La *mort ;*

2° La *survie avec infirmités graves et persistantes ;*

3° La *guérison avee reliquats légers ;*

4° La *guérison complète*, absolue.

Quelques mots de développement.

I. — Relativement à la *mort,* nous sommes fixés par ce qui précède. Au cours de notre dernière conférence, je vous ai dit sous quels modes et dans quelles conditions elle se produit le plus habituellement.

II. — La *survie avec infirmités graves et persistantes* est le cas de ces nombreux malades qui, épargnés quant à la vie, conservent de leur syphilis cérébrale des troubles intenses et irremédiables de diverses fonctions.

Déjà je vous ai longuement parlé des *infirmes de mouvement* ou *d'intelligence* que fait la syphilis du cerveau. Il ne me reste, pour compléter cette triste énu-

liorations si prononcées qu'on les prend souvent pour de véritables guérisons.

«... Et ces guérisons n'ont pas seulement lieu sous l'influence des traitements antivénériens, mais même quand aucun moyen n'a été employé. Ainsi, quoique la cause première n'ait pas cessé d'agir sur l'économie, la maladie n'a pas moins suivi une marche intermittente. »

(*Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances,* Paris, 1834, t. III, p. 107.)

mération (au moins quant aux types principaux) qu'à vous signaler les *infirmités sensorielles* que la maladie peut laisser à sa suite.

Celles-ci intéressent surtout deux sens, et malheureusement deux des sens les plus essentiels, les plus précieux, ceux dont la perte offense le plus cruellement l'être humain, à savoir l'ouïe et la vue.

Il n'est pas rare — disons mieux, il est assez fréquent — que la syphilis cérébrale constitue des troubles persistants de l'audition, à des degrés variables, ou même soit suivie d'une *surdité* complète, laquelle, par bonheur, n'affecte presque jamais qu'une seule oreille. J'ai dans mes notes plusieurs cas de ce genre. L'un entre autres est relatif à un jeune homme de mes amis qui, affecté d'une hémiplégie syphilitique avec surdité unilatérale, a guéri presque absolument de sa paralysie motrice grâce à un traitement énergique longtemps poursuivi, mais est resté sourd, complétement sourd d'une oreille. Je ne saurais vous dire combien de médications diverses, rationnelles ou empiriques, ont été mises en œuvre sur ce jeune homme pour le débarrasser de son infirmité ; aucune n'a produit le moindre résultat favorable.

Non moins fréquente est la *perte de la vue*. Et ce qu'il y a de pis, ce qu'il y a de bien plus déplorable en l'espèce, c'est que l'amaurose qui se produit en pareil cas, l'amaurose consécutive à cette atrophie papillaire dont je vous ai longuement parlé, au lieu de rester unilatérale comme la surdité, affecte *les deux yeux* le plus habituellement, de beaucoup le plus habituellement. De sorte que le malade devient et reste défini-

tivement aveugle, aveugle d'une façon absolue et irrémédiable.

Les aveugles de cet ordre, par lésions syphilitiques de l'encéphale et des nerfs optiques, sont infiniment *plus nombreux* qu'on ne l'avait cru jusqu'à ce jour et qu'on ne le croit encore généralement. Ils se sont multipliés singulièrement depuis que l'on a appris à connaître — et il n'y a pas longtemps de cela — la névrite optique et l'atrophie papillaire d'origine spécifique. J'en ai vu bon nombre pour ma seule part depuis quelques années; et deux ophthalmologistes distingués, MM. Galezowski et Abadie, me disaient récemment en rencontrer à leurs cliniques d'une façon presque courante.

Que de lamentables exemples, à ce propos, ne pourrais-je pas emprunter à mes notes! J'en prends un au hasard pour fixer vos convictions.

Un tout jeune homme, encore au collége, contracte la syphilis un jour de sortie. Il se traite comme on peut se traiter dans un lycée et à cet âge, en cachant sa mésaventure à sa famille et à ses maîtres. Quelques années plus tard, il est affecté d'accidents de syphilis cérébrale, qui restent méconnus comme nature tout d'abord : céphalée, troubles d'intelligence rapidement progressifs, phénomènes d'excitation, délire, hallucinations; — puis, troubles oculaires; — puis, hémiplégie droite; et, coïncidemment, double sarcocèle spécifique. Alors seulement on commence à soupçonner le caractère syphilitique de ces manifestations diverses, et un traitement approprié est mis en œuvre. Bien que prescrit d'une façon aussi tardive, ce traitement, néanmoins, vient à bout de tous les symptômes, de tous sauf un seul, la névrite optique. Le sarcocèle disparaît comme par en-

chantement; les troubles d'intelligence s'effacent à l'unisson; l'hémiplégie même guérit sans reliquats. Mais la névrite persiste, quoi qu'on fasse. Peu à peu, elle dégénère en atrophie, et le malheureux jeune homme reste définitivement aveugle des deux yeux. Aveugle à vingt-cinq ans! Jugez la situation, jugez le désespoir du malade : « Si j'avais eu à choisir, m'a-t-il répété cent fois, certes j'aurais choisi la mort de préférence à l'état où je me trouve aujourd'hui ».

Inutile d'ajouter que, dans l'ordre de cas qui nous occupe actuellement, la survie est illimitée, indéfinie. Et comment pourrait-il en être autrement, puisqu'aucune des fonctions indispensables à l'existence animale ne se trouve compromise? Donc, avec telle ou telle des infirmités graves et persistantes dont il vient d'être question, le malade continue à vivre, comme si de rien n'était. C'est ainsi que le malheureux jeune homme dont je vous parlais en dernier lieu jouit depuis huit ans d'une santé parfaite. De même, un des malades dont je vous ai entretenus précédemment a vécu, ou, pour mieux dire, s'est survécu *dix ans* dans un état de démence presque complète. De même encore le Dr Russell a relaté l'observation d'un malade qui, devenu hébété, imbécile, par le fait d'une syphilis cérébrale, reste dans cette lamentable situation *depuis trente-cinq ans* (1)! Etc, etc.

Mais, dans de telles conditions, la survie ne constitue-t-elle pas plus d'une fois une aggravation véritable au pronostic de la maladie?

(1) *The Medical Times*, 1873. Vol II, p. 464.

III. — Venons maintenant à des terminaisons d'un genre tout différent.

Les cas de *guérison avec reliquats* (j'entends avec troubles morbides ne lésant qu'incomplétement telle ou telle fonction) sont à coup sûr très-nombreux dans la syphilis cérébrale, soit abandonnée à son évolution propre, soit même attaquée par la médication la plus rationnelle et la plus énergique.

C'est ainsi qu'on rencontre d'une façon assez commune, en pratique spéciale, des malades qui, sortis heureusement d'une syphilis cérébrale, en ont conservé cependant à l'état définitif tels ou tels des troubles suivants :

Acuité moindre de l'intelligence, qui reste néanmoins à un niveau compatible avec les exigences de la vie commune ; — diminution de la puissance de travail ; — débilité de la mémoire, etc. (1);

Faiblesse légère ou maladresse des membres d'un côté du corps ;

Faiblesse légère ou maladresse d'un membre ;

Restes d'asymétrie faciale, avec distorsion plus accusée dans le rire, dans les grands mouvements du visage ;

Embarras léger de prononciation ;

Strabisme plus ou moins accentué, avec diplopie dans certaines directions du regard ; — mydriase ; —

(1) Je puis citer à ce propos le fait d'un jeune homme qui, affecté d'une syphilis cérébrale, en guérit complétement et à tous égards, sauf en ce qui concerne la *mémoire*. Son intelligence a repris son niveau antérieur; mais sa mémoire est restée et reste encore aujourd'hui notablement débile. — Quoi de plus curieux que la persistance d'un trouble de ce genre, et d'un trouble isolé de la sorte au milieu des autres facultés de l'intellect rétablies, régénérées ?

ptosis léger, avec diminution du mouvement d'élévation du globe oculaire ;

Troubles oculaires variables, et surtout diminution de l'acuité visuelle ;

Bourdonnements habituels ; atteinte portée à la finesse de l'ouïe, voire certain degré de cophose unilatérale.

Etc., etc.

Quelque regrettables que soient ces troubles divers, ils ne constituent pas moins un mode de terminaison *heureuse* de la maladie. Car, somme toute, ils n'apportent qu'une simple gêne à l'exercice de telle ou telle fonction ; et c'est un bonheur, assurément, d'en être quitte même à ce prix avec une maladie aussi redoutable, aussi féconde en dénouements d'un tout autre genre.

IV. — Enfin un dernier mode de terminaison est la *guérison* vraie, la guérison complète, absolue.

Ce mode n'est pas rare, comme l'établiront les chiffres qui vont suivre. Il est même, dirai-je en toute assurance, beaucoup plus commun qu'on ne le croit en général et qu'on ne peut le formuler numériquement. Et, en effet, comme je vous le faisais remarquer déjà dans notre dernière réunion, nombre d'états morbides qui, s'ils n'étaient réprimés *ab ovo* par le traitement spécifique, aboutiraient à des syphilis cérébrales des mieux constituées, des plus patentes, n'y aboutissent pas pour cette seule raison que le traitement en fait promptement justice et les *éteint en germe*, si je puis ainsi parler. Bien des fois, sans contradiction possible, nous guérissons à l'état naissant des syphilis cérébrales que nous n'avons pas le droit de qualifier encore de ce nom, d'enregistrer sous ce titre dans une statistique.

Mais laissons ce point, sur lequel d'ailleurs nous aurons à revenir dans un instant, et ne parlons ici que des cas où la syphilis cérébrale se présente à nous cliniquement avec des caractères bien accentués, nettement et formellement accusateurs.

Eh bien! même dans ces cas, la guérison, la guérison vraie, est possible. C'est là ce qui ressort de quantité d'observations contenues dans la science et ce dont je vous ai déjà donné maintes et maintes preuves chemin faisant.

Seulement, et cela va sans dire, cette guérison n'est pas également possible et facile pour tous les cas.

Elle est possible, fréquente même, dans les conditions suivantes : si le traitement spécifique (et j'entends ici un traitement véritable, proportionné comme intensité d'action à l'intensité des symptômes qu'il s'agit de combattre), si, dis-je, le traitement spécifique est appelé à intervenir dès le début même ou à une époque rapprochée du début des accidents; — si l'on a affaire à des formes morbides encore légères, superficielles, surtout à des formes d'excitation cérébrale et non de dépression ; — si l'on a affaire à tel ou tel symptôme isolé, et non à un ensemble déjà constitué de manifestations diverses, témoignant de la pluralité ou de la diffusion des lésions encéphaliques, etc.

Au contraire, la guérison devient bien plus incertaine, bien plus problématique dans des conditions, sinon encore opposées, au moins quelque peu différentes, comme par exemple : si la maladie date déjà d'un certain temps, pendant lequel elle a été abandonnée à son impulsion propre ; — si des phénomènes de dépression ont succédé aux phénomènes d'excitation initiale; — si des symp-

tômes multiples et divers, intéressant la motilité, l'intellect, les sens, marchent déjà de compagnie, etc.

A plus forte raison, un dénouement heureux n'est-il plus à attendre, alors que le traitement doit avoir à lutter — et cela d'une façon tardive — contre un ensemble de manifestations redoutables attestant des lésions cérébrales confirmées ; — alors que déjà des lésions vulgaires, consécutives, se sont probablement surajoutées aux lésions spécifiques originelles et peuvent survivre à ces dernières ; — alors surtout que des symptômes de désorganisation se sont produits, etc. Dans ces conditions, la partie est perdue, de toute évidence. Ou bien le malade succombera, ou bien il n'échappera à la mort qu'avec des infirmités incurables, définitives.

V. — Et cependant, Messieurs, il est un fait à ne pas oublier et que je suis heureux d'ajouter en terminant : c'est que, même dans les cas en apparence les plus graves, même dans les cas qu'on serait autorisé à considérer comme désespérés, la guérison n'est pas impossible, rigoureusement et nécessairement impossible. Des résultats inattendus, surprenants, extraordinaires, ont parfois suivi l'intervention du traitement spécifique. Quelques-uns même dépasseraient toute créance, si leur authenticité n'avait pour garants des médecins aussi dignes de foi que rigoureux observateurs.

Que dire par exemple du cas précité de B. Bell, relatif à cette femme qui, affectée depuis vingt-sept mois d'une « folie intraitable », guérit en quelques semaines sous l'influence du mercure (1) ?

(1) V. p. 517.

Que penser aussi de ce malade que le Dr Buzzard parvint à guérir, malgré « une double hémiplégie faciale, une paralysie oculaire, une paralysie des quatre membres avec anesthésie cutanée, une paralysie partielle de la respiration et de la déglutition, etc. (1) » ?

Tel est de même un cas observé par Ramskill sur un malade qui, « se soutenant à peine sur ses jambes, paralysé d'un œil, sourd de l'oreille gauche, presque aveugle du même côté, épileptique, amnésique, incohérent, délirant, hébété, imbécile au point qu'on était forcé de l'habiller, etc. », trouva néanmoins moyen de guérir avec toute cette pléiade de symptômes (2) !

Pour ma part, je déclare avoir vu guérir deux malades que j'avais trouvés dès ma première visite dans une situation des plus graves, des plus désespérées, me semblant inaccessible à toutes les ressources de l'art. J'avais porté, je l'avoue, sur ces deux malades un pronostic fatal, et mon opinion était absolument partagée par plusieurs de mes collègues. J'instituai néanmoins le traitement spécifique ; je l'instituai même avec d'autant plus d'énergie que le danger d'une terminaison prochaine me semblait plus imminent ; et je fus récompensé de mes efforts par un double succès, auquel assurément j'étais bien loin de m'attendre.

De toute évidence, si les divers malades dont je viens de parler avaient été amenés à des états aussi graves par une cause autre que la vérole, ou bien ils seraient morts, ou bien ils n'auraient survécu qu'avec des infirmités sérieuses et définitives. Cela ne souffre pas l'ombre

(1) Ouvrage cité, p. 104, obs. XXII.
(2) *The Lancet*, 13 mars 1869. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, publiées par Doyon, 1re année, p. 347.

d'un doute. Mais ils étaient syphilitiques ; mais ils avaient le bonheur de devoir à la syphilis leur affection cérébrale ; c'est là ce qui les a sauvés, car c'est là ce qui a permis au traitement de les guérir.

Donc, avec la syphilis comme cause d'une encéphalopathie grave, aussi grave même qu'il plaise de la supposer, une porte doit toujours rester ouverte à l'espérance. Quel que soit l'état du malade, tout n'est pas perdu irrémédiablement. Et c'est ici le cas de répéter encore un mot bien connu de mon savant et vénéré maître, M. Ricord : « Avec la vérole, tout est possible comme guérison, *l'impossible même quelquefois.* »

Inutile d'ailleurs d'ajouter que, si des cas aussi extraordinaires ont pu se produire, ils ne se sont produits qu'au titre de cas extraordinaires. Ces cas, il faut les connaître et j'ai tenu à vous les citer, parce que d'une part ils sont très-authentiques, et parce que d'autre part ils sont bien faits pour conférer à la thérapeutique une incitation salutaire. Mais il faut aussi ne les prendre que pour ce qu'ils sont réellement, à savoir des raretés heureuses, tout à fait exceptionnelles.

III

Je viens de vous dire quelles sont les terminaisons diverses auxquelles aboutit la syphilis cérébrale.

Actuellement, Messieurs, surgit une question que vous avez devancée, que vous attendez comme complément naturel à ce qui précède : *Dans quelle proportion de fré-*

quence relative se présentent ces divers modes de terminaison? Autrement dit, quel est le PRONOSTIC de la maladie?

Vainement chercherions-nous dans la science des documents précis et suffisants à ce point de vue spécial; nous ne trouverions, je vous le garantis, rien qui fût de nature à nous satisfaire. Et cela pour une raison très-simple : c'est que la syphilis cérébrale commence seulement à être connue dans les formes multiples qu'elle est susceptible d'affecter. Nous ne manquons pas assurément d'observations et d'excellentes observations à consulter en l'espèce; mais ces observations ne représentent que des cas épars, isolés, auxquels telle ou telle particularité saillante a valu les honneurs de la publicité ; elles ne représentent pas un ensemble, elles ne donnent pas le *résultat général d'une pratique.* Et c'est là précisément ce dont nous aurions besoin pour déterminer le pronostic exact de la maladie.

Force m'est donc, pour juger la question dans la mesure où je puis le faire, d'invoquer ici mon expérience personnelle. Je vais vous dire ce que j'ai vu, je vais placer sous vos yeux les résultats qui m'ont été fournis par un certain nombre de malades observés soit à l'hôpital, soit dans la clientèle de ville.

J'ai là, sous la main, cent trente-huit cas de syphilis cérébrale, sur lesquels j'ai conservé des notes assez précises pour servir à une statistique de ce genre. Ces derniers jours, j'en ai fait un dépouillement minutieux au point de vue des *terminaisons* de la maladie ; et voici, très-exactement, les chiffres que cette analyse m'a fournis :

Mort	14	cas.
Survie avec infirmités graves du mouvement, de l'intelligence ou des sens	33	—
Guérison	30	—
Guérison incomplète	13	—
Malades en observation	11	—
Terminaisons restées inconnues de moi (malades perdus de vue)	37	—
Total	138	cas.

Défalquons tout d'abord de ce total les cas qui ne sauraient nous servir pour l'intention spéciale que nous poursuivons, à savoir : 11 relatifs à des malades encore en voie de traitement, et 37 dont le mode de terminaison m'a échappé. Cela fait, il nous reste encore 90 cas *à terminaisons connues*, que nous pouvons comparer.

Or ces 90 cas peuvent être très-naturellement distribués en deux groupes, comme il suit :

1° *Cas heureux* ou *relativement heureux*, comprenant : d'une part, les guérisons vraies, et, d'autre part, celles que nous sommes convenus de qualifier du nom de guérisons incomplètes, c'est-à-dire avec reliquats légers ;

2° *Cas malheureux*, comprenant : d'une part, les cas suivis de mort, et, d'autre part, les cas de survie avec infirmités sérieuses, graves.

Eh bien ! comparons ces deux groupes. Le premier s'élève au chiffre de 43 ; — et le second à celui de 47.

Ainsi, premier résultat : *le nombre des cas malheureux dépasse quelque peu celui des cas heureux* (dans la proportion de 47 à 43).

En second lieu, remarquez ceci : *Sur 90 cas, pas plus de 30 guérisons véritables.*

De plus, sur 90 cas, 14 *morts ;* — et 33 cas de survie

avec *infirmités graves*, laissant les malades dans un déplorable état pour le reste de leur existence.

Quels résultats ! Quels chiffres lamentables ! Tout au plus un cas heureux ou relativement, incomplétement heureux, contre un cas se terminant soit par la mort, soit (ce qui est parfois à peu près équivalent) par une infirmité sérieuse, incurable, définitive ! — Comparez à cette proportion la proportion des succès ou des insuccès fournis par tant et tant d'autres maladies importantes, graves, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, la variole, etc., et vous verrez la gravité de ces dernières rester fort au-dessous de celle de la syphilis cérébrale.

C'est qu'en effet, Messieurs, la syphilis cérébrale constitue, comme je vous l'ai déjà dit maintes fois, une AFFECTION DES PLUS GRAVES ; — une affection comportant des risques de mort nombreux ; — comportant des risques plus nombreux encore d'infirmités sérieuses ; — n'offrant aucune chance de guérison spontanée ; — accessible, il est vrai, dans une certaine mesure, à l'action du traitement spécifique ; — mais seulement curable en de certaines conditions, alors que, reconnue comme nature à une période voisine de son début, elle est attaquée de bonne heure par un traitement d'une intensité particulière.

Voilà, Messieurs, ce qui ressort de l'expérience commune, et voilà ce que confirme numériquement la désolante statistique que je viens de produire.

Maintenant, il est vrai, cette statistique demande à être commentée, interprétée. Je vous en ai donné les résultats bruts, mais je ne voudrais pas qu'elle fût

acceptée au pied de la lettre, comme exprimant le pronostic vrai, absolu, de la syphilis cérébrale. Je m'explique.

D'abord, ne la prenez que pour ce qu'elle vaut. C'est un groupe de faits observés par un praticien, mais ce n'est que le résultat d'une observation individuelle.

De plus, c'est un composé de cas de tout genre, recueillis tels que le hasard me les a présentés, à toute période de la maladie, souvent même à une période assez avancée pour que le traitement spécifique fût condamné d'avance à rester impuissant. Ainsi plusieurs des malades qui figurent dans cette statistique sont arrivés à moi avec des lésions tellement confirmées que je n'avais plus rien à faire pour eux, au moins avec chance de succès, même relatif. Or les cas de cet ordre demanderaient évidemment à être exclus d'une statistique qui viserait à apprécier comme il doit l'être le pronostic de la maladie, c'est-à-dire en tenant compte des résultats possibles du traitement.

En troisième lieu, je n'ai compris dans les chiffres qui précèdent (besoin est de le spécifier) que des cas de syphilis cérébrales dûment constituées, patentes, en conséquence se caractérisant déjà par des phénomènes plus ou moins graves. Et il en sera de même forcément pour les statistiques à venir, qu'on s'efforcera d'instituer sur le même sujet; car tout observateur sérieux ne consentira jamais à instituer un calcul que sur des unités dont il sera parfaitement sûr. Or, je vous l'ai déjà dit et je vous le répète, il est nombre de syphilis cérébrales qu'on guérit *en germe* à une époque où elles s'annoncent simplement par quelques préludes encore peu menaçants, et qu'on se ferait scrupule d'insérer dans une statistique, parce qu'en de telles conditions on ne sait au juste ce

qu'on a guéri, parce qu'on n'ose taxer ce qu'on a guéri du gros nom de syphilis cérébrale. Ce sont donc là *autant de cas heureux qui se dérobent*, qui sont perdus pour la relation numérique qu'on cherche à établir ; et de là résulte que la proportion des cas malheureux se trouve accrue d'autant, exagérée d'une façon corrélative.

Ces diverses considérations aboutissent à ceci : que la statistique précédente exprime, suivant toute vraisemblance (je puis même dire certainement), un degré de gravité *supérieur* à ce qu'est la gravité vraie, réelle, de la maladie. De par les chiffres sus-énoncés, nous avons assigné à la maladie un pronostic lamentable ; il paraît peu douteux que ce pronostic ne trouve un certain allégement dans un ordre de cas particuliers qui, pour les raisons que je viens de dire, nous échappent et nous échapperont toujours, nécessairement.

Ces réserves posées, il ne demeure pas moins constant que la syphilis cérébrale comporte une *gravité considérable*, et une gravité supérieure (je reprends la comparaison à dessein) à celle des maladies vulgaires auxquelles se rattache le pronostic le plus sérieux.

Or, cette gravité particulière, désolante, de la syphilis cérébrale, il importe au plus haut degré que le praticien la connaisse et s'en pénètre, soit pour diriger sa thérapeutique en conséquence alors qu'il se trouve en face de l'ennemi, soit mieux encore pour s'efforcer, au début même de la diathèse, de conjurer par une médication des plus actives et des plus prolongées la possibilité de tels accidents ultérieurs. Et si j'insiste sur ce point, c'est qu'il y a vraiment urgence à le faire pour

réagir contre un préjugé des plus répandus et des plus dangereux. A entendre certains médecins, on serait bien éloigné de porter sur la syphilis en général ou sur telle ou telle de ses manifestations particulières un pronostic aussi défavorable. D'après eux, tout ce qui est syphilitique serait presque sûrement appelé à guérir par cela seul que « c'est syphilitique », et qu'on est armé contre la syphilis de « deux spécifiques infaillibles ». Eh bien ! c'est là, Messieurs, d'une façon générale, et c'est là surtout, en ce qui nous concerne actuellement, une erreur absolue ; erreur qui peut bien être commise par ceux qui voient la vérole par hasard, qui n'ont avec elle que des rapports incidents ; mais erreur que ne sauraient partager les médecins qui, vivant de plus près avec la vérole, la voyant à l'œuvre plus habituellement, ont appris par expérience à la connaître mieux et à la redouter davantage. Ces derniers vous diront, comme moi, qu'elle est bien loin de se montrer aussi docile au traitement qu'on se plaît à le dire, qu'elle compte nombre de cas réfractaires soit au mercure, soit à l'iodure, et que, plus spécialement encore, les manifestations syphilitiques de l'encéphale comportent nombre d'insuccès ou de catastrophes que toutes les ressources de l'art sont impuissantes à conjurer.

II. — Cela établi d'une façon générale, il est presque superflu d'ajouter que le pronostic présente des différences et des inégalités multiples en rapport avec la forme particulière affectée par la maladie, en rapport avec l'intensité de ses phénomènes, sa rapidité d'évolution, son âge, son degré de développement, etc.

Quelques commentaires doivent trouver place ici.

Ainsi :

1° Les formes superficielles, les formes *d'excitation* (épilepsie, délire simple, etc.), se présentent avec un degré de gravité bien moindre que les formes de *dépression* ou surtout de *désorganisation* (paralysies, hébétude, etc.).

2° La *forme céphalalgique* n'a pas de signification pronostique par elle-même, pour cette simple raison qu'elle sert habituellement de prélude commun à toutes les autres. — Mais, indirectement, c'est une forme favorable en ce sens que, constituée par un phénomène douloureux, elle éveille nécessairement l'attention, elle avertit le malade le plus indifférent, et par suite appelle l'intervention d'un traitement capable de conjurer l'évolution morbide ultérieure.

3° La *forme épileptique* est, relativement, l'une des plus favorables. D'abord, elle s'accuse d'emblée par de grands phénomènes qui ne risquent pas d'être méconnus comme importance.— De plus, il est assez fréquent qu'elle soit restreinte à ses débuts et reste restreinte pour un certain temps à des symptômes d'ordre convulsif, sans mélange, sans association d'autres accidents : donc elle laisse le temps d'agir. — Enfin, de par l'expérience, c'est une des formes qui obéit le mieux au traitement, qui guérit le plus facilement, du moins alors qu'elle est attaquée à temps par la médication spécifique.

4° La *forme congestive* est bien autrement redoutable à divers égards. C'est, d'abord, une forme insidieuse, à débuts sourds et presque latents, à évolution progressive, souvent insensible. — En second lieu, c'est une forme qui conduit fatalement à divers accidents dont vous savez la gravité : ictus apoplectiformes, troubles

intellectuels, paralysies diverses, et surtout hémiplégie.

5° Pour la *forme paralytique,* le seul caractère des symptômes qui la constituent en atteste suffisamment la gravité. Toute paralysie, impliquant une suspension de l'activité nerveuse dans un centre cérébral ou dans un conducteur émané de ce centre, se relie nécessairement à une désorganisation de tissu, soit en préparation, soit accomplie. — N'oublions pas d'ailleurs que nombre de paralysies de la syphilis cérébrale dérivent de lésions communes, consécutives à des lésions spécifiques, et non accessibles en conséquence à l'action du mercure ou de l'iodure.

6° La *forme mentale* est toujours grave. Mais elle est grave surtout alors qu'elle revêt d'emblée les caractères de la débilitation intellectuelle lente, sourde, progressive. — Elle est incurable alors qu'elle a atteint le degré d'hébétude confirmée.

7° De toutes les formes de la syphilis cérébrale, celle qui se montre le plus réfractaire, celle qui comporte le pronostic le plus redoutable, c'est, sans contredit, la forme complexe, à symptômes multiples, que nous avons décrite sous le nom de *pseudo-paralysie générale.*

8° Enfin, n'oublions pas que certaines formes de la maladie méritent véritablement la qualification de *malignes* ou *pernicieuses,* en raison de l'invasion précoce et imprévue de symptômes d'une très-haute gravité dès les débuts ou dès les premiers temps de l'affection. Nous avons vu qu'une mort rapide peut succéder à un coma soudain, à une crise maniaque, à un accès hémiplégique, etc.

Mais la condition majeure qui domine toutes les au-

tres de sa haute importance, celle qui règle, à vrai dire, le pronostic, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas, c'est l'intervention ou la non-intervention du traitement spécifique. Tout est là sans contredit.

Si la maladie est livrée à elle-même, abandonnée à son impulsion propre, elle s'achemine fatalement à des terminaisons mauvaises, c'est-à-dire soit à des infirmités plus ou moins sérieuses résultant de troubles fonctionnels persistants, soit à la mort.

Que si, au contraire, un traitement suffisant (et nous verrons plus tard ce qu'il faut entendre par ce mot) lui est opposé en temps opportun, elle peut guérir complétement, tout au moins être enrayée dans son évolution, atténuée dans ses symptômes, amoindrie dans ses conséquences. Et ces résultats heureux ou relativement heureux auront d'autant plus de chances de se produire que le traitement sera intervenu plus tôt ; comme aussi, réciproquement, ils en auront d'autant moins que la médication répressive aura plus tardé à entrer en lice, jusqu'à n'en plus avoir du tout si cette médication n'est mise en œuvre qu'à une période déjà avancée de l'évolution morbide.

C'est là ce qui résulte, au-dessus de toute contestation possible, de l'expérience commune. C'est là, également, ce qui ressort de la statistique que je viens de vous citer; et, à ce point de vue, vos convictions seront fixées par ce qui va suivre.

Cette statistique, vous vous le rappelez, comprend 14 morts. Or, quel rôle a joué le traitement dans ces 14 cas? Voilà ce qui, à coup sûr, sera aussi curieux qu'instructif à déterminer.

Eh bien ! sur ces 14 cas, j'en trouve *deux*, tout d'abord, où le traitement spécifique n'a jamais été institué, pour la très-simple raison que la nature de la maladie était restée méconnue ; — et *deux* autres où, pour le même motif, il ne fut institué qu'à une époque tout à fait voisine de la terminaison fatale. Ce sont donc là, à vrai dire, quatre cas *non traités*.

En second lieu, j'en trouve *six* où le traitement n'a été commencé que plus ou moins tardivement, à savoir : 4, 6, 7, 8, 10 et 12 mois après le début des premiers symptômes ; — et *deux* autres où il a été mis en œuvre seulement vers le troisième mois.

Finalement, il en reste *deux* où le traitement a marché de pair, chronologiquement, avec la maladie. Mais, dans l'un, il n'a été suivi d'une façon régulière que pendant quelques semaines, au delà desquelles rien de sérieux n'a plus été fait. Et quant à l'autre, il est relatif à un vieillard affaibli par l'âge, épuisé par diverses manifestations diathésiques antérieures, presque cachectique déjà, et incapable en conséquence de tolérer une médication tant soit peu énergique.

D'autre part, examinant ces divers cas au point de vue de la qualité du traitement, c'est-à-dire de son intensité thérapeutique, je vois que sept fois sur huit la médication instituée au début a été trop timide, trop insuffisante, trop faible, pour ne pas rester inefficace.

De sorte que, tout compte fait, il n'est pas un, *pas un seul*, de ces quatorze cas qui ait été combattu par un traitement véritable, suffisant.

Résultat : quatorze morts sur quatorze cas !

Voilà, Messieurs, ce que devient ou ce que peut devenir la maladie, soit abandonnée à elle-même, soit sou-

mise à un demi-traitement (passez-moi l'expression), ce qui équivaut presque en l'espèce à l'absence de tout traitement.

Au contraire, voyez ce qui advient ou ce qui peut advenir, alors que la maladie est attaquée à temps par un traitement énergique. La statistique précédente va encore nous fournir les éléments de ce parallèle. Je lui emprunte — presque au hasard — les quelques exemples suivants.

Un jeune docteur, anciennement syphilitique, est pris de crises épileptiques, après quelques préludes de céphalée nocturne. — Traitement intense dès le début. — Suspension immédiate des crises, et guérison absolue, confirmée aujourd'hui par sept ans de santé complète (1).

Autre forme : Céphalée ; — accès d'aphasie complète, avec ébauche d'hémiplégie droite. — Traitement immédiat par frictions mercurielles et iodure de potassium à fortes doses. Guérison depuis six ans.

Autre forme : Céphalée atroce, coïncidant avec une poussée intense de syphilides ulcéreuses ; hémiplégie. — Traitement immédiat, énergique, et longtemps poursuivi. — Guérison.

Autre forme encore : Maux de tête violents, bourdonnements d'oreilles, étourdissements, vertiges ; faiblesse générale ; subdelirium, hallucinations passagères ; polydipsie, polyurie, etc. — Traitement intense (iodure et frictions) dès les premiers temps de la maladie ; guérison complète, datant de cinq ans.

(1) Je possède dans mes notes cinq autres cas exactement identiques.

Et ainsi de tant et tant d'autres cas que je pourrais citer, tendant tous à démontrer l'influence salutaire et souvent curative du traitement spécifique, alors que ce traitement est opposé de bonne heure à la maladie et avec une énergie proportionnelle à l'imminence du péril qu'il s'agit de conjurer.

Donc, vous le voyez, Messieurs, l'intervention de l'art est une condition majeure en l'espèce, susceptible de modifier du tout au tout le pronostic des accidents. C'est là, quant à moi, ce dont m'a pleinement convaincu une expérience déjà longue, et telle est la conviction que j'ai à cœur de laisser dans vos esprits.

IV

Je ne voudrais pas assombrir encore le chapitre qui précède. Et cependant un point me reste à ajouter qui n'est malheureusement fait que pour aggraver encore le pronostic de la maladie.

Ce point est relatif à la *fréquence excessive des recrudescences et des récidives* dans la syphilis cérébrale.

I. — Les *recrudescences*, d'abord, sont des plus communes. Sur nombre de malades, vous observerez ce qui suit : une syphilis cérébrale s'est produite ; attaquée vivement par le traitement spécifique, elle s'est amendée tout d'abord : les symptômes morbides se sont atténués et marchent vers une disparition prochaine ; tout semble aller à souhait, et l'on est presque en droit déjà de compter sur une guérison, lorsque tout à coup les choses changent de face. Ou bien survient un incident nouveau qui s'ajoute à la scène morbide ; ou bien les symptômes

anciens qui étaient en voie de diminution reprennent leur intensité première. D'une façon ou d'une autre, il se fait un retour offensif de la maladie. On croyait toucher au terme ; tout est remis en question.

Que de fois, pour ma part, n'ai-je pas éprouvé déjà des déceptions de ce genre ! Exemple : Un malade est pris, en décembre 1877, de divers accidents de syphilis cérébrale : céphalée, vertiges, phénomènes congestifs divers, surdité unilatérale, puis ictus résolutif, suivi d'hémiplégie. Je le traite à ce moment, et j'ai le bonheur d'obtenir en quelques semaines un amendement considérable de tous les accidents. Les mois suivants, l'amélioration suit son cours régulier, et je crois pouvoir compter sur une guérison prochaine, lorsque, le 15 juillet dernier, le malade se réveille avec une paralysie de la troisième paire et un état vertigineux des plus alarmants. Le traitement alors est continué de plus belle ; mais, en dépit de tous mes efforts, de nouveaux accidents ne font que compliquer la scène de jour en jour : l'hémiplégie subit une recrudescence progressive, les vertiges augmentent d'intensité, l'intelligence s'altère, etc. ; à ce point qu'aujourd'hui même la situation est plus grave qu'elle ne l'a jamais été jusqu'alors.

Tenez-vous donc pour avertis, Messieurs, et sachez bien ceci : la syphilis cérébrale est sujette en maintes occasions à des *recrudescences inattendues*, que rien ne présage, qu'aucune circonstance accidentelle ne suffit à expliquer.

Sachez aussi que ces recrudescences se produisent souvent en pleine période de régression évidente de la maladie, en pleine période de traitement, alors que, d'une part, l'évolution morbide et, d'autre part, l'ac-

tion manifeste de la thérapeutique sembleraient donner l'augure d'une marche continue vers la guérison.

II. — Les *récidives* ne sont pas moins fréquentes que les recrudescences.

Elles consistent en ceci : reproduction de la maladie après guérison, et après guérison s'étant maintenue pendant un certain temps.

C'est qu'en effet tout n'est pas fini, bien fini, avec l'effacement, la disparition des symptômes d'une syphilis cérébrale. Il se peut qu'à échéance variable les mêmes accidents ou d'autres accidents de même origine, de même nature, se produisent à nouveau et replacent le malade dans la situation périlleuse d'où il est heureusement sorti une première fois. Il se peut, en un mot, qu'une syphilis cérébrale guérie, bien guérie (à en juger du moins comme il nous est permis d'en juger, c'est-à-dire par la disparition des symptômes cliniques) se reconstitue dans sa forme primitive ou dans une forme différente, à l'instar d'une maladie qui se double, qui *récidive*, à proprement parler, sur le même sujet.

Parcourez, Messieurs, les observations déjà contenues dans la science ; vous en trouverez bon nombre où des récidives de ce genre se sont produites, et cela dans toutes les formes de la maladie. C'est même là un fait si commun qu'il suffira de l'énoncer simplement, sans avoir besoin de le légitimer ici par des citations particulières.

Et ce n'est pas tout. On a vu quelquefois *plusieurs récidives* succéder à plusieurs guérisons bien confirmées, bien confirmées en apparence tout au moins. Tel est un cas que j'ai sous la main en ce moment, cas dans lequel un

malade éprouva, du fait d'une syphilis cérébrale, *trois hémiplégies* successives, séparées les unes des autres par des stades intercalaires de complète guérison (1).

L'histoire d'un de mes clients est plus curieuse encore. Ce malade est resté sujet pendant plusieurs années à des *récidives incessantes*, presque subintrantes dirai-je, d'accidents cérébraux. Affecté de divers troubles qui se rattachaient bien nettement à une encéphalopathie spécifique (accès violents de céphalée, faiblesse générale avec parésie des membres gauches, tremblement des mains, titubation, affaiblissement de la vue et de l'ouïe, débilité de mémoire, inaptitude relative au travail, etc.), il parvenait à se débarrasser de tout cela grâce à de fortes doses d'iodure, et alors il se trouvait bien, absolument bien, tout le temps qu'il restait sous l'influence du remède. Mais à peine avait-il cessé le traitement depuis quinze jours, trois semaines, quatre semaines au maximum, qu'aussitôt se produisait une récidive des mêmes accidents, sous la même forme et avec une égale intensité. Alors, reprise immédiate de l'iodure, et disparition rapide de tous les phénomènes. Puis, derechef, cessation du traitement, et, quelques semaines plus tard, invasion nouvelle des mêmes accidents, cédant encore au même remède. Et ainsi de suite. Je ne parvins que très-difficilement à guérir ce malade par un traitement énergique et complexe (frictions mercurielles associées à l'iodure, bromure de potassium, hydrothérapie, etc.), qui dut être continué fort longtemps (2).

(1) Un fait identique a été observé par le Dr Buzzard (ouvrage cité).

(2) Ce cas pourrait paraître surprenant s'il n'avait ses analogues dans nombre d'autres manifestations syphilitiques *extérieures*, qu'on voit parfois récidiver à maintes reprises après suppression du traitement

Les récidives qui se produisent ainsi dans la syphilis cérébrale ont des échéances variables comme apparition. Parfois elles suivent de très-près la guérison, à distance de quelques semaines. Plus souvent elles lui succèdent après plusieurs mois ; enfin il est des cas où elles ne se manifestent qu'à long terme, après deux, trois, quatre années, voire au delà.

Je n'ai pas à dire si cette facilité regrettable de recrudescences et de récidives constitue en l'espèce une condition aggravante pour le pronostic.

Plus d'une fois on a vu une première terminaison heureuse de la maladie être suivie d'une seconde ou d'une troisième invasion à dénouement d'un tout autre genre. Et, pour ma seule part, je pourrais citer plusieurs malades qui, ayant eu le bonheur d'échapper à une première

qui les a guéries. C'est ainsi que certaines syphilides (notamment des syphilides tertiaires de forme ulcéreuse) repullulent presque immédiatement après guérison, dès qu'on vient à suspendre la médication spécifique ; et cela, non pas une fois, mais plusieurs fois de suite. — De même, il est des *exostoses* qui présentent une faculté de récidive non moins extraordinaire que désolante. J'ai relaté le cas d'un malade que j'ai guéri *quatorze fois* d'une volumineuse exostose de la région frontale. Dès que le traitement mercuriel ou ioduré était mis en œuvre, cette exostose disparaissait très-rapidement. Mais à peine le traitement était-il suspendu qu'elle se reproduisait presque aussitôt. — De même encore, les lésions tertiaires de la langue sont parfois sujettes à des récidives multiples, se produisant à satiété. « Un malade, que j'ai eu l'occasion de traiter en ville, a été affecté *pendant neuf années consécutives* de gommes linguales multiples qui, suivant son expression, « ne faisaient qu'aller et venir, apparaître et disparaître, » en alternant avec le traitement spécifique. Sous l'influence de l'iodure, ces gommes se résorbaient rapidement pour se reproduire dans l'espace d'une quinzaine à un mois après la cessation du remède... Dans le cours d'une année, le malade ne compta pas moins de *dix* de ces récidives, qui d'ailleurs se produisaient sous la seule impulsion de la diathèse, sans aucune provocation surajoutée. » (*Des glossites tertiaires*, leçons recueillies par H. Buzot, Paris, 1877.)

atteinte de la syphilis cérébrale, ont fini par succomber à des assauts ultérieurs.

Ici, en effet, comme pour tant d'autres états morbides, il est d'observation que les récidives comportent presque toujours un caractère particulièrement grave. D'une part, elles sont constituées par des manifestations plus importantes ou plus fortement accusées que dans une première attaque. D'autre part, elles semblent moins accessibles, moins dociles aux influences thérapeutiques. Enfin et surtout, elles sont graves en cela qu'elles témoignent d'une disposition tenace, persistante, que le traitement n'a pu effacer, extirper de l'organisme (passez-moi le mot), disposition trop souvent destinée à se montrer, longtemps rebelle, si ce n'est même réfractaire et supérieure aux ressources de l'art.

V

Chacun des grands symptômes qui constituent la syphilis cérébrale a été l'objet, dans ce qui précède, d'une étude diagnostique spéciale. Ce serait donc m'engager actuellement dans des redites inutiles que de vous tracer à nouveau un diagnostic général de la maladie. Cependant, si vous le voulez bien, jetons un coup d'œil en arrière sur le chemin que nous venons de parcourir, et réunissons à grands traits dans un résumé succinct les particularités principales qui distinguent l'encéphalopathie de la vérole et qui peuvent servir à la caractériser cliniquement.

I. — La syphilis cérébrale est remarquable tout

d'abord par la *multiplicité* et la *diversité des formes morbides* qu'elle est susceptible d'affecter.

II. — Ce polymorphisme, toutefois, n'appartient guère qu'aux périodes initiales, où la maladie se présente généralement sous telle ou telle des six formes suivantes : forme *céphalalgique* ; — forme *congestive* ; — forme *épileptique* ; — forme *aphasique* ; — forme *mentale* ; — et forme *paralytique*.

D'ailleurs, loin d'être exclusives, ces formes particulières s'associent fréquemment entre elles, de façon à constituer de véritables *formes mixtes*.

III. — Dans une période plus avancée, la maladie tend à devenir tout à la fois plus complexe et plus uniforme par le fusionnement habituel de ses types initiaux.

IV. — Finalement, si elle n'est pas enrayée dans ses progrès, elle aboutit à des formes ultérieures et ultimes qui se reproduisent à peu près dans tous les cas et qui, comme expression générale, se rapprochent plus ou moins de deux types d'affections vulgaires, à savoir : le *ramollissement cérébral* et la *démence paralytique*.

V. — Cliniquement, elle n'a pas un seul symptôme qui lui soit propre, elle ne présente pas un seul signe pathognomonique.

Et, cependant, elle emprunte une physionomie quelque peu spéciale, voire presque caractéristique en certains cas, soit à divers symptômes qui lui servent d'expressions habituelles, soit aux caractères particuliers que revêtent ces symptômes, soit enfin à leur mode de groupement, de combinaison.

VI. — Au nombre des particularités cliniques qui contribuent à lui imprimer ce que nous venons d'appeler

une physionomie quelque peu spéciale, mentionnons surtout :

1° Cette *céphalée prodromique, prémonitoire,* si commune comme accident de début, et si caractéristique quelquefois par son triple attribut d'intensité excessive, de ténacité singulière et d'exacerbation nocturne ;

2° Ces *crises épileptiques,* faisant invasion pour la première fois dans une période relativement avancée de la vie, et si remarquables en nombre de cas par leur *modalité partielle* et *consciente ;*

3° Ces *paralysies motrices de l'œil,* portant presque avec elles, comme on l'a dit, « le cachet de la spécificité syphilitique » ;

4° La fréquence particulière de divers symptômes : *troubles intellectuels,* et surtout troubles intellectuels de forme dépressive, d'évolution lente ; — *amnésie,* sous son double type d'amnésie progressive ou soudaine ; — *aphasie ;* — *troubles congestifs ;* — troubles de la *vue* et de l'*ouïe ;* — *névrite optique ;* — *phénomènes paralytiques* variés (paralysies crâniennes, monoplégies, hémiplégie), très-souvent multiples, souvent aussi partiels, incomplets, à distribution irrégulière, etc. ;

5° L'*hémiplégie précoce*, précoce comme invasion dans un âge peu avancé, voire dans la jeunesse ; — se produisant d'habitude sans ictus apoplectique initial ; — très-souvent incomplète et partielle ; — progressive d'évolution ; — et surtout moins exclusivement circonscrite, *moins pure* comme type paralytique, que la plupart des hémiplégies vulgaires ;

6° Parfois, enfin, troubles rapidement survenus dans la santé générale, l'habitus, la physionomie : phénomènes d'amaigrissement, de détérioration organique,

et surtout d'*anémie*, de *décoloration* tégumentaire, etc.

VII. — Comme particularités d'ensemble, rappelons surtout les deux suivantes :

1° *Coexistence fréquente de symptômes cérébraux non habituellement associés en pathologie vulgaire.* Exemples : hémiplégie coexistant avec une ou plusieurs paralysies oculaires ; — hémiplégie double ; — hémiplégie faciale avec blépharoptose ; — épilepsie avec paralysie motrice de l'œil ou amaurose ; — accès maniaques avec strabisme ; — troubles intellectuels avec hémiplégie faciale ou paralysie oculaire, etc., etc.

Ces associations insolites de phénomènes qui ne marchent pas habituellement de compagnie confèrent à l'ensemble morbide une *bizarrerie d'allure* qui, sans rien avoir de pathognomonique, ne laisse pas de constituer un signe précieux, suffisant tout au moins à donner l'éveil, à exciter le soupçon de spécificité.

2° Un autre signe diagnostique ressort, en quelques cas plus rares, de l'*expression indécise de l'ensemble morbide*, lequel, en raison de la multiplicité des symptômes ou de leur groupement insolite, ne répond plus à aucun type classique et se recommande à l'attention par le fait même de cette singularité exceptionnelle.

VIII. — D'autre part, un très-utile appoint est fourni au diagnostic différentiel par la considération de l'*âge des malades*, la syphilis cérébrale faisant invasion le plus communément dans une période de la vie moins avancée que celle où se produisent les encéphalopathies vulgaires.

IX. — Au total, le diagnostic de la syphilis cérébrale ne comporte jamais ce qu'on pourrait appeler la certitude absolue, mathématique. Mais il repose sur un

ensemble de symptômes, de particularités cliniques et de considérations diverses qui, laissant peu de prise à l'erreur, réunit une somme de sérieuses et suffisantes garanties.

X. — Un seul critérium irrécusable de spécificité réside *à posteriori* dans les résultats rapidement heureux du traitement antisyphilitique.

XI. — Comme évolution, la syphilis cérébrale se présente en général (et réserve faite pour quelques cas exceptionnels) sous forme d'une maladie à *marche lente, continue, progressive.*

XII. — Elle est particulièrement sujette à *recrudescences* et à *récidives.*

XIII. — Enfin il s'y rattache un *pronostic des plus graves,* tempéré seulement par l'influence puissante, mais non toute-puissante, du traitement spécifique.

Telle est sommairement, Messieurs, la maladie que nous avons étudiée en détail dans la série des conférences qui précèdent; tels en sont à grands traits les caractères constitutifs majeurs ou principaux.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

TRAITEMENT.

I. — Le traitement de la syphilis du cerveau n'est autre que le traitement de la diathèse syphilitique, en général ; mais il réclame un mode d'administration spéciale et une direction particulière. — Conditions essentielles auxquelles il doit satisfaire.

II. — Premier point : il faut que le traitement spécifique soit institué *le plus tôt possible*, le plus près possible de l'origine des accidents.

III. — Second point : il faut que ce traitement soit *le plus énergique* possible. — Indication du traitement mixte. — L'urgence du péril à conjurer nécessite l'emploi combiné du mercure et de l'iodure. — Comment administrer ces deux remèdes et à quelles doses? — Procédés divers. — Prétendue intolérance de certains malades pour l'iodure. — Faut-il administrer le mercure par l'estomac ou par la peau ? — Discussion. — Préférence à donner aux frictions. — Quel ordre de raisons légitime cette préférence? — Question du dosage. — Doses nécessaires d'iodure. — Doses nécessaires de mercure. — Choix de la préparation mercurielle à administrer. — Objections à la méthode de mercurialisation intense. — Danger incontestable de la stomatite. — Mais urgence d'une médication suffisamment active pour être efficace. — Résumé. — Quel ensemble thérapeutique offre, en l'espèce, le plus de chances de succès?

IV. — Troisième point : il faut que le traitement soit prolongé pendant toute la durée des manifestations cérébrales, et cela de façon à conserver, malgré l'accoutumance, son intensité d'action première. — La durée du traitement n'a pour mesure que le de-

gré même de résistance de la maladie. — Effets inévitables de l'accoutumance dans les traitements longuement prolongés. — Comment y obvier ici ? — Du TRAITEMENT ALTERNE. — Exposé de cette méthode. — Ses avantages.

V. — Quatrième point : il faut que le traitement soit poursuivi longtemps après la disparition des accidents, au delà de ce qu'on peut appeler la guérison actuelle. — Danger des récidives rendant indispensable la reprise répétée du traitement dans les années ultérieures.

VI. — *Médications auxiliaires.* — Comment et à quel titre des médications d'ordre vulgaire peuvent trouver place utilement dans le traitement de la syphilis cérébrale. — Hydrothérapie. — Elle est particulièrement active dans la forme épileptique. — Médication calmante : bromure de potassium ; injections sous-cutanées de morphine, etc. — Purgatifs. — Révulsifs cutanés. — Du vésicatoire crânien contre la céphalée rebelle. — Émissions sanguines. — Électricité. — Traitement de l'état général.

VII. — Indication urgente de prémunir les malades contre les dangers ultérieurs de récidive. — Nécessité d'une longue convalescence d'un ordre spécial. — Hygiène prophylactique.

Messieurs,

Après vous avoir longtemps arrêtés, dans les conférences qui précèdent, sur les symptômes, l'évolution, le diagnostic et le pronostic de la syphilis cérébrale, un seul point me reste à aborder actuellement pour remplir le cadre que je me suis imposé ; et ce point est relatif au *traitement* de la maladie.

C'est donc le traitement de la syphilis cérébrale qui va nous occuper dans notre réunion d'aujourd'hui.

I

Le traitement de la syphilis cérébrale n'est et ne saurait être autre, bien évidemment, que celui de la

diathèse en général. Il repose essentiellement sur l'emploi des deux grands remèdes qu'à juste raison on considère comme les « agents antisyphilitiques » par excellence, à savoir le mercure et l'iodure de potassium.

Seulement, la médication dite spécifique réclame ici un mode d'administration spécial et une direction particulière, vu l'importance et la gravité des symptômes à combattre, vu la nécessité d'une intervention énergique, à la fois intense et rapide comme résultats.

En l'espèce, pour répondre à ce qu'on lui demande, pour être véritablement curatif, le traitement exige une série de conditions diverses qu'il importe au plus haut degré de préciser bien nettement. Ces conditions, je vais essayer de vous les formuler comme je les comprends, comme j'ai appris à les connaître par expérience.

Pour la facilité d'une exposition dogmatique, je les grouperai sous quatre chefs, de la façon suivante :

1° Il faut que le traitement dirigé contre des accidents cérébraux d'origine syphilitique soit institué le *plus tôt possible;*

2° Il faut que ce traitement soit, comme action médicamenteuse, *le plus énergique possible;*

3° Il faut qu'il soit *prolongé pendant toute la durée des manifestations cérébrales;* et cela *de façon à lui conserver, malgré l'accoutumance, son intensité d'action originelle;*

4° Il faut qu'il soit *poursuivi longtemps encore après la disparition des accidents*, au delà de ce qu'on peut appeler la guérison actuelle de la maladie.

Les quatre points de ce programme réclament de notre part une attention particulière.

II

Premier point : *Le traitement spécifique doit être institué le plus tôt possible*, c'est-à-dire à l'époque le plus rapprochée possible du début même de l'invasion de la syphilis dans le cerveau.

Nulle contradiction sur ce premier point. De l'aveu de tous, de par l'expérience commune, journalière, il est incontestable que la syphilis cérébrale guérit d'autant plus facilement, d'autant mieux, d'autant plus sûrement, qu'elle est combattue plus tôt, dans une période plus jeune de son évolution.

J'accorde qu'il est des cas où, même attaquée dès son origine, la maladie se montre rebelle et réfractaire à tous remèdes. « Il est des cas, comme l'a fort bien dit M. Zambaco (1), où les affections syphilitiques du système nerveux poursuivent leur marche d'une façon fatale, malgré le traitement le plus régulier et le plus rationnellement institué dès le début de la diathèse. » Mais ce ne sont là que des exceptions, des exceptions rares, qui n'infirment pas la règle ; et cette règle, qui subsiste intacte, peut se formuler de la façon suivante :

1° Naissante ou jeune encore, la syphilis cérébrale cède assez aisément, sinon toujours, au moins dans la plupart des cas, à l'action du traitement spécifique;

2° Plus âgée, elle se montre déjà bien autrement rebelle ;

3° Vieillie, compliquée, s'attestant par des symptômes qui révèlent d'une façon non douteuse des désorga-

(1) Ouvrage cité, page 562.

nisations cérébrales en voie de s'accomplir ou *a fortiori* déjà accomplies, elle reste au-dessus de toutes les ressources de l'art.

Donc, comme conséquence pratique, indication urgente d'attaquer la syphilis cérébrale dès son début, à l'époque le plus rapprochée possible de son origine.

Mais, dira-t-on, il ne dépend pas toujours du médecin d'intervenir en temps opportun. — Sans doute. Mais cela dépend de lui en nombre de cas. Car c'est affaire à lui de connaître les prodromes de la syphilis cérébrale et de la dépister à son début. C'est affaire à lui de savoir ce que présagent ces nombreux phénomènes que je me suis attaché à vous décrire comme avant-coureurs des accidents confirmés de la maladie, ce que présage, par exemple, cette céphalée si spéciale à laquelle nous avons donné le nom de *prémonitoire*, ce que présagent ces vertiges, ces troubles congestifs divers, ces douleurs névralgiformes des membres, ces parésies transitoires, ces accès épileptiques à modalité partielle et consciente, ces troubles intellectuels variés, etc., qui préludent si fréquemment aux grandes scènes de l'encéphalopathie spécifique. Consultez, Messieurs, les observations déjà contenues dans la science relativement au sujet qui nous occupe actuellement, et vous serez surpris d'en rencontrer un nombre considérable dans lesquelles de tels phénomènes précurseurs, pour une raison ou pour une autre, sont restés méconnus; vous serez surpris d'en rencontrer un nombre considérable dans lesquelles on a longtemps hésité au début, tâtonné, tergiversé, avant de se résoudre à admettre la vérole comme origine des accidents; dans lesquelles, en conséquence, on n'a com-

mencé à traiter la maladie comme syphilitique qu'à une époque plus ou moins distante de son début, voire à une époque où déjà elle ne pouvait plus être que difficilement curable. Erreurs instructives non moins que regrettables, surtout si l'on compare le dénouement des cas de ce genre à d'autres cas où, reconnue d'emblée et soumise d'emblée à son véritable traitement, l'affection s'est rapidement acheminée vers une terminaison heureuse. Erreurs explicables et pardonnables dans une période scientifique où la syphilis cérébrale n'était encore que très-imparfaitement connue, mais qui n'auraient plus, en vérité, d'excuse aujourd'hui.

De là, pour nous, cet enseignement, que, sur un sujet syphilitique, il importe de surveiller avec une vigilante attention tous les symptômes qui, se reliant à un trouble cérébral, pourraient témoigner d'une invasion de la diathèse vers le cerveau, et de leur opposer immédiatement une médication appropriée, à moins qu'ils ne soient dûment et sûrement explicables par une cause étrangère à la syphilis.

Arriver assez tôt, tel est le grand élément de succès dans la syphilis cérébrale. Agir sans retard, agir immédiatement, dès que la syphilis cérébrale peut être diagnostiquée ou même soupçonnée, telle est l'indication première à remplir pour conférer le plus de chances possible aux agents thérapeutiques dont nous disposons.

III

Second point : Il faut que le traitement soit, comme action médicamenteuse, *le plus énergique possible*.

Proportionner l'intensité du traitement au caractère grave et menaçant de la maladie, telle se présente la seconde indication à remplir.

Sachez-le bien, en effet, Messieurs, le traitement ne peut être efficace ici que s'il est énergiquement répressif. Tout est là, et de l'observation de ce précepte dépend le salut des malades.

Ce qu'il faut en pareille occurrence, sous peine de rester impuissant, c'est *frapper fort.* Ce qu'il faut, c'est, tout d'abord, frapper un grand coup, pour surprendre l'ennemi en quelque sorte et couper court à l'invasion de phénomènes menaçants; — c'est, en second lieu, soutenir l'intensité originelle des effets thérapeutiques par une direction particulière du traitement. Mais laissons de côté pour l'instant ce dernier point, sur lequel nous aurons bientôt à revenir dans un paragraphe ultérieur, et ne parlons quant à présent que du traitement initial.

Ce traitement, je n'exagère rien en disant qu'il doit être *spécial*, spécial comme intensité. Et je suis d'accord en cela avec tous les médecins qui ont l'expérience des situations de ce genre. Écoutez par exemple M. Charcot : « On ne réussit en pareil cas qu'en procédant par une *attaque de vive force*, et en maintenant au delà la médication dans toute sa rigueur. » C'est exactement ce que vous m'avez entendu vous répéter ici bien souvent. Que de fois vous ai-je préconisé certaine méthode qu'en style familier je dénommais de « *traitement d'assaut* »! Si bien que, même sur les termes, je semblerais m'être entendu avec l'éminent professeur que je viens de citer.

Et, en effet, dans les cas dont il s'agit, *faire peu* ou

faire au-dessous de la mesure nécessaire, c'est presque *ne rien faire.* Si l'on se contente du mode de traitement habituel, si l'on met en œuvre une médication douce, bénigne, non susceptible d'offenser les gencives ou d'exciter quelque trouble physiologique, tenez pour certain qu'on n'obtiendra aucun résultat sérieux. Autant vaudrait presque se résigner à l'expectation pure et simple.

J'insiste et je dis : Si l'on s'en tient au traitement usuel, banal, à celui qu'on prescrit d'ordinaire à un malade affecté d'un chancre ou d'une roséole, si l'on se borne à formuler les cinq centigrammes traditionnels de protoiodure, ou bien une cuillerée de liqueur de Van Swieten, ou bien encore un, deux grammes d'iodure, soyez absolument assurés, Messieurs, qu'on court au-devant d'un insuccès fatal, nécessaire, certain.

Mais sortons des préceptes généraux, et précisons ; car nous sommes ici sur le véritable terrain de la pratique, et ce sont des indications nettes, catégoriques, que vous attendez de moi, je ne dois pas l'oublier.

Quel doit donc être le traitement à mettre en œuvre ici? Ou, du moins, quel est celui auquel je crois pouvoir vous conseiller de donner la préférence? C'est là ce que je vais m'efforcer de spécifier.

I. — D'abord, la nécessité d'agir avec une énergie spéciale implique, en l'espèce, l'*association*, la *combinaison de nos deux grands remèdes antisyphilitiques*, *le mercure et l'iodure.*

Nous avons affaire à forte partie, inutile de vous le répéter encore. Donc, le bon sens commande que nous nous armions de toutes nos ressources ; et ce n'est que

prudence, en pareil cas, d'appeler à notre aide le concours des deux agents antidiathésiques dont nous disposons.

Sans doute l'un ou l'autre, employé seul, aurait chance de pouvoir suffire. Et nous ne serions pas embarrassés pour trouver de nombreuses observations où soit le mercure, soit l'iodure prescrit isolément a fourni d'excellents résultats. Mais l'un de ces remèdes n'exclut pas l'autre, tant s'en faut. Bien au contraire, l'action propre de chacun peut s'ajouter à l'action propre de son congénère. D'autre part, l'un ou l'autre, livré à ses propres forces, risquerait de rester insuffisant, cela s'est vu. Il pourrait y avoir inconvénient à désunir ces deux remèdes, et il n'est aucune contre-indication à les employer concurremment ; l'expérience apprend même qu'il y a le plus souvent avantage à les combiner. La conclusion à tirer de là est plus que simple, vous le voyez. D'ailleurs l'influence bienfaisante de ce qu'on appelle le *traitement mixte* n'est plus à démontrer aujourd'hui, relativement à la plupart des manifestations tertiaires de la diathèse ; et, en ce qui nous concerne actuellement, c'est à ce mode de traitement que nous devons le plus grand nombre des heureux résultats déjà consignés dans nos annales.

Donc, pas d'hésitation possible. Le danger est grand ; faisons feu de toutes pièces, prescrivons simultanément le mercure et l'iodure.

II. — *Comment administrer ces deux remèdes, et à quelles doses?*

Pour l'iodure, d'abord, nul embarras au point de vue du mode d'administration. On le prescrira par la bou-

che, tout naturellement; et cela sous forme de potion, de solution, de sirop, peu importe.

Ce n'est qu'en certains cas tout à fait exceptionnels qu'on pourra être conduit *par nécessité* à administrer l'iodure d'une autre façon, c'est-à-dire par la voie rectale; et cela seulement alors que l'intolérance de l'estomac pour le remède aura été dûment démontré par plusieurs expériences consécutives.

A ce dernier propos, laissez-moi vous dire incidemment que l'intolérance de l'estomac pour l'iodure est un fait qu'on a beaucoup exagéré. J'ai entendu et j'entends fréquemment certains médecins parler de malades « qui ne peuvent arriver à tolérer l'iodure ». D'autre part, nombre de malades, dès qu'on leur prescrit l'iodure, se récrient aussitôt, se récusent comme « incapables de supporter la moindre dose de ce remède ». Tout cela me semble excessif. Car, pour avoir fait une bien longue expérience de ce médicament, après l'avoir administré des milliers de fois à toutes doses, j'en suis encore à chercher un seul cas d'intolérance absolue, véritable, telle que paraissent en avoir rencontré quelques-uns de mes confrères. Sans doute j'ai vu des malades être indisposés, incommodés par l'iodure, à des degrés divers; mais je n'en ai pas vu qui, après un certain temps, avec de certaines précautions, avec de certains *artifices* d'administration (1), ne soient arrivés à le tolérer sans inconvé-

(1) Le meilleur procédé, je crois, pour faciliter la tolérance de l'iodure, c'est de l'administrer *mêlé aux aliments ou aux boissons*. Tel malade qui ne supporte pas l'iodure à jeun le tolère facilement s'il le prend à ses repas, et, mieux encore, à diverses reprises dans le cours de ses repas. — Je le donne souvent en solution dans le vin, dans la bière, dans l'eau que le malade boit à table, voire dans le potage. — Je me suis bien trouvé aussi, en maintes occasions, de l'associer à une li-

nients ultérieurs. En un mot, j'ai bien trouvé des malades plus ou moins sensibles à l'iodure, mais je n'en ai pas trouvé qui lui soient absolument réfractaires.

Or, en l'espèce, alors que l'iodure est appelé à réaliser un résultat immense, que deviennent, comme objections à l'emploi du remède, les inconvénients légers, les incommodités, les petites souffrances même, dirai-je, qui peuvent en résulter et qui d'ailleurs s'atténuent, disparaissent, à mesure que se produit l'accoutumance?

D'autre part, une remarque se présente à signaler ici. C'est que de fortes doses d'iodure (telles que celles dont l'emploi est nécessaire dans le cas actuel) sont en général mieux tolérées que de faibles doses. J'ai observé ce fait trop souvent pour conserver le moindre doute à son sujet. Tel malade qui sera vivement indisposé par 25 ou 50 centigrammes du remède en supportera plus facilement 3 ou 4 grammes, tout au moins n'en sera pas plus fortement impressionné; et il s'habituera mieux à cette seconde dose qu'à la première. Explique le phénomène qui pourra; si bizarre qu'il paraisse, il n'est pas moins certain.

Donc, en résumé : sauf exceptions extrêmement rares, c'est par la voie gastrique que l'iodure devra toujours être prescrit.

Ce qui n'a pas ou ce qui n'a que peu d'intérêt pour l'iodure prend une importance majeure relativement au

queur stomachique, agréable, telle que l'anisette, le curaçao, ou bien encore à une infusion amère, aromatique, à un vin généreux, soit naturel, soit pharmaceutique, etc., etc. — Il est absolument exceptionnel qu'après une série de tâtonnements de ce genre on ne parvienne pas à découvrir un agent ou un procédé quelconque qui assure la tolérance du remède. Et d'ailleurs, si la totalité de la dose exigible n'est pas supportée par l'estomac, reste toujours la ressource d'administrer le surplus par la voie rectale.

traitement mercuriel. Faut-il administrer le mercure par l'estomac ou par la peau, et, de ces deux méthodes, laquelle est la préférable? Question mille fois discutée déjà d'une façon générale et non moins controversée en ce qui nous touche actuellement; question qui n'est pas près encore de recevoir sa solution, à en juger au moins par les divergences de pratique que nous avons sous les yeux. Voyez, en effet, ce qui se passe dans les divers services hospitaliers : dans l'un, les frictions seules sont en honneur, à l'exclusion de toute autre méthode; dans l'autre, inversement, le mercure n'est jamais administré que par la bouche; ailleurs encore, les deux systèmes sont usités presque indifféremment. Et ainsi de suite. De sorte qu'aujourd'hui même, on peut le dire, il n'est pas dans le public médical d'opinion prépondérante sur la préférence qu'il convient de donner à l'une ou à l'autre méthode.

Quant à moi, pour avoir expérimenté depuis longtemps et sur une vaste échelle les deux modes de traitement, j'avoue être moins exclusif que la plupart de mes collègues sur cette question de préférence. Je me suis bien trouvé de l'un et de l'autre mode en nombre de cas, et je n'admets entre eux tout au plus qu'une différence de degré comme intensité thérapeutique, différence même non absolument constante, quelque peu variable suivant les sujets. Je me garderai donc bien de proscrire l'un aux dépens de l'autre, ainsi que je l'ai vu faire plus d'une fois, et je considère comme excessif de préconiser *exclusivement* tel ou tel de ces deux systèmes. De par l'expérience, en un mot, je crois être plus près de la vérité en formulant comme il suit le jugement à porter sur la question :

1° Les deux méthodes sont bonnes, et peuvent revendiquer de nombreux succès ;

2° A tolérance égale, un choix à faire entre elles sera presque indifférent, si avec l'une comme avec l'autre le mercure peut être administré à dose suffisante, proportionnée à l'intensité d'effet qu'il s'agit de produire.

Et, cependant, c'est aux frictions que, d'une façon presque habituelle, je donne la préférence dans ma pratique ; c'est aux frictions que, sauf exceptions assez rares, vous m'avez vu recourir dans tous les cas que j'ai traités devant vous. Pourquoi cela? Ce n'est pas, je viens de vous le dire, que j'attribue aux frictions, en l'espèce, une action plus particulièrement curative ; ce n'est pas que je leur accorde, dans le traitement des accidents cérébraux, une supériorité réelle comme influence thérapeutique. C'est qu'avec elles je me sens plus à l'aise, dans le présent comme dans l'avenir, pour diriger le traitement, pour l'élever à son niveau nécessaire d'intensité, et pour l'y maintenir ultérieurement. Je sais en effet qu'à doses énergiques les frictions seront mieux tolérées que ne le serait en général le mercure donné à doses équivalentes par l'estomac. En administrant le mercure par l'estomac, dans les proportions indispensables à l'action qu'il faut produire, j'aurais toujours à *compter avec l'estomac*, qui pourrait bien un jour ou l'autre se révolter et refuser le remède ; auquel cas je serais forcé alors de battre en retraite, c'est-à-dire de suspendre le traitement. Au contraire, avec les frictions, je ne risque pas d'offenser de la sorte les fonctions gastriques, de troubler la nutrition générale et de créer une complication regrettable

qui me laisse désarmé. Avec les frictions, en un mot, je suis plus certain de déterminer la mercurialisation intense que je recherche, sans crainte de troubles physiologiques venant à la fois compromettre la santé et interrompre la médication.

La méthode externe me paraît donc plus sûre à ce titre, et c'est elle que je vous recommande plus spécialement, sans la préconiser toutefois d'une façon exclusive, je le répète encore, et sans lui accorder d'avantages autres que ceux dont il vient d'être question.

En somme, vous le voyez, Messieurs, peu m'importe au fond la méthode. L'essentiel pour moi, c'est qu'une méthode quelconque soit tolérée physiologiquement, et le soit assez pour permettre d'instituer une médication *suffisante*. Mieux tolérées à fortes doses que le mercure donné par l'estomac à doses proportionnelles, les frictions, pour ce motif, me paraissent indirectement supérieures à tout autre mode d'administration du mercure. Et ce motif seul légitime la préférence que je crois devoir leur accorder.

Cela posé, vient en second lieu la question des *doses*, question capitale ici, car de là dépend le succès du traitement.

1° Pour l'iodure, d'abord, la dose à prescrire immédiatement, du premier coup, ne doit jamais être inférieure à *trois grammes* par jour, qu'on ait affaire à un jeune homme, à un homme d'âge mûr, ou même à une femme.

Au-dessous de cette dose, en effet, le remède n'aurait pas ou risquerait de ne pas avoir d'action suffisante, au moins dans la plupart des cas.

Ultérieurement, cette dose initiale sera élevée par degrés à *quatre* et *cinq* grammes, voire à *six* et *huit* grammes, si besoin est ; — et cela en vue de soutenir l'action du remède nécessairement affaiblie par l'accoutumance.

Souvent même l'indication se présente de débuter par une dose supérieure à celle que nous venons d'indiquer (telle que *cinq* grammes quotidiennement, par exemple), et de l'augmenter ensuite rapidement jusqu'à *huit* et *dix* grammes, dans l'espace de quelques jours. L'imminence d'accidents graves, d'un danger urgent à conjurer, légitime cette intensité insolite de la médication. Et, en effet, Messieurs, c'est seulement par un traitement de cet ordre qu'on parvient quelquefois à enrayer une évolution morbide menaçante et à sauver des malades de situations presque désespérées.

Y aurait-il avantage à exagérer encore les doses précédentes, comme cela a été fait plus d'une fois ? Je ne le crois pas. Certains médecins sont allés jusqu'à prescrire 12, 15, 20 grammes d'iodure quotidiennement, et même bien davantage ; mais je ne sache pas qu'ils en aient obtenu de résultats particulièrement favorables. J'ai essayé, moi aussi, de ces doses massives, extraordinaires, et je ne leur ai pas reconnu plus d'effets curatifs qu'à des doses bien inférieures ; souvent même je les ai vues déterminer des accidents d'intolérance gastro-intestinale. A mon sens, donc, il n'est aucun bénéfice à attendre de cette *sursaturation iodurique*. Et je résume ainsi la question :

De deux choses l'une : ou bien l'iodure peut être actif ; et, dans ce cas, une dose moyenne de 5 à 8

grammes au plus est amplement suffisante (en général, tout au moins) pour que le malade en retire tout l'effet possible; — ou bien l'iodure n'a pas chance de succès (comme lorsqu'on est en présence de lésions vulgaires, consécutives à des lésions d'encéphalopathie spécifique) ; et alors toute dose du remède reste identiquement inactive, quelle qu'elle soit ; vingt grammes ne font rien de mieux que cinq. — C'est là ce dont actuellement je suis bien convaincu par expérience.

2° Venons au mercure.

S'il est administré par la bouche, les doses vraiment actives, les seules sur lesquelles on puisse compter en l'espèce, seront :

Pour le proto-iodure, de *dix* à *vingt* centigrammes (quotidiennement) ;

Pour le bichlorure (sublimé), de *deux* à *cinq* centigrammes.

Relativement à ce dernier remède, la dose que j'indique ici semblera excessive à nombre de mes confrères, je le tiens pour certain. « C'est là une dose *toxique*, » m'a-t-on dit plusieurs fois. Il n'en est rien, je vous l'affirme en pleine connaissance de cause. Un préjugé très-répandu fait un épouvantail du bichlorure d'hydrargyre, qui, à coup sûr, est moins terrible que sa renommée. Vous pouvez voir aujourd'hui même et vous verrez couramment dans nos salles des malades qui ingèrent trois, quatre ou même cinq centigrammes de ce sel quotidiennement, et cela sans le moindre dommage, sans le moindre phénomène d'intoxication.

Je ne dis pas, bien entendu, qu'à ces doses élevées le bichlorure soit toujours bien supporté par tous les

sujets ; je ne dis pas plus qu'il soit prudent de le continuer longtemps à ces doses, en raison des troubles gastriques qu'une administration trop prolongée du remède finit le plus souvent par exciter. Mais je dis que, *pour un temps* et *avec une surveillance assidue*, le bichlorure peut être administré sans inconvénient, sans danger, à ces doses majeures, lesquelles sont indispensables à l'action énergique que nous voulons produire.

Entre le proto-iodure et le sublimé, le choix à faire n'est pas douteux pour moi. Sauf contre-indication naissant du cas particulier, c'est au sublimé qu'il convient toujours de donner la préférence, et cela pour deux raisons : 1° parce qu'il est mieux toléré à fortes doses par les gencives, parce qu'il a une action ptyalique moindre que le proto-iodure ; — 2° et surtout parce que ses effets thérapeutiques sont plus immédiats et, à coup sûr, plus puissants (1).

Est-ce au contraire la méthode externe qui doit être

(1) Je dois une mention à un autre remède qui a été préconisé par quelques médecins contre les accidents cérébraux de la syphilis. Ce remède, c'est le *calomel*, administré à doses fractionnées.

Mon savant collègue de l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr Hillairet, m'a dit s'être fort bien trouvé du mode de traitement suivant dans plusieurs cas d'encéphalopathie spécifique qui se sont présentés à son observation : quatre jours de suite, administration du calomel aux doses de 25 centigrammes le premier jour, 50 centigrammes le second, 75 centigrammes le troisième, et un gramme le quatrième. Chacune de ces dose est donnée en dix prises. — Au delà, suspension du traitement pendant 5 à 8 jours. — Puis, reprise de la médication sous la même forme pendant quatre jours. — De nouveau, cessation du remède pendant un septénaire environ; — et ainsi de suite.

Personnellement, je n'ai pas une expérience suffisante de ce mode de traitement pour être autorisé à exprimer une opinion à son sujet; je ne ferai donc que le signaler à l'attention de mes lecteurs.

mise en œuvre ? Les doses à prescrire seront alors les suivantes :

Comme début (pour la première semaine, par exemple), frictions quotidiennes avec *cinq* grammes d'onguent mercuriel double (vulgairement *onguent napolitain*).

Au delà, cette dose sera rapidement élevée à *huit*, *dix* et *douze* grammes pour chaque jour.

Souvent même j'ai eu à l'exagérer encore. Vous pouvez voir dans le service actuellement un malade soumis à des frictions quotidiennes avec *vingt* grammes d'onguent mercuriel. — Et cette dernière dose a été dépassée plus d'une fois, soit par divers médecins, soit par moi.

Sans doute les doses dont je viens de parler diffèrent beaucoup de celles qui sont communément usitées. Mais, de par l'expérience, ce sont là, je vous l'affirme, les véritables doses *actives* en l'espèce, celles qui produisent un résultat, celles qui élèvent l'action mercurielle au taux nécessaire pour lutter de pair avec la maladie. Avec des doses moindres, avec une intervention timide ou moyenne d'intensité, on reste au-dessous de l'effet à obtenir, on n'aboutit à rien de satisfaisant.

En un mot (et je ne cesse de revenir sur ce point, parce que je le considère comme capital), le mercure, qu'il soit administré par la peau ou par l'estomac, doit toujours être administré *largâ manu*. Les fortes doses sont d'urgence en pareil cas. C'est seulement au prix d'une mercurialisation énergique et rapide qu'on parvient à dompter la syphilis cérébrale. Là, soyez-en sûrs, est la condition du succès.

Mais je prévois une objection inévitable — et d'ailleurs bien naturelle. — « Ne craignez-vous pas, me dira-t-on, que de semblables doses ne deviennent nuisibles ? Ne craignez-vous pas surtout qu'elles ne déterminent une stomatite, et une stomatite violente ? »

A cela, je répondrai :

Sans doute, administré d'une façon aussi énergique, le mercure pourrait devenir nuisible, surtout si l'usage devait en être longtemps poursuivi de la sorte. Mais, d'une part, tel est le sort commun de tous les médicaments actifs, qui peuvent être dangereux par cela même qu'ils sont actifs. Et, d'autre part, si quelque accident dérive de la médication, c'est affaire au médecin d'y pourvoir en temps opportun, soit en abaissant l'intensité du traitement, soit en modifiant la méthode, etc. Que si, par exemple, telle dose du remède menace les gencives ou offense l'estomac, il suffit souvent de l'atténuer quelque peu pour se tenir en garde contre l'un ou l'autre de ces accidents. Que si le mercure donné par la bouche trouble les fonctions digestives, on a la ressource d'y substituer les frictions. D'une façon ou d'une autre, en un mot, il est presque toujours possible de *proportionner l'intensité de la médication à la tolérance de l'individu*. Et tout est là, en pratique, pour prévenir les fâcheux effets pouvant résulter du traitement.

Quant au danger de la stomatite, il est incontestable, il est patent. Je dirai même qu'en dépit de toutes les précautions possibles, en dépit de la surveillance la plus minutieuse, on n'est pas toujours à l'abri de cet accident. Comme exemple, je m'accuserai d'avoir laissé se produire, l'année dernière, une stomatite des plus violentes sur l'un de mes clients que je traitais par des frictions

quotidiennes à la dose de 10 grammes; et cependant je le voyais presque chaque jour, en ayant soin à chacune de mes visites de lui examiner la bouche avec une attention scrupuleuse.

Il faut bien savoir, en effet, que la stomatite hydrargyrique revêt parfois une forme des plus insidieuses. Elle affecte alors un début brusque, soudain, et atteint presque immédiatement un haut degré d'intensité (1). C'est donc un accident qu'il nous faut subir comme éventualité de médication, et c'est un accident à coup sûr des plus pénibles, des plus douloureux.

Mais de tels cas ne sont qu'exceptionnels. Le fait commun, au contraire, ce qu'on peut appeler la règle, c'est que la stomatite *s'annonce*, c'est qu'elle soit précédée par une période prémonitoire d'agacement gingival, période où le médecin peut intervenir pour conjurer des accidents plus sérieux. Presque toujours, alors, il suffit de suspendre la médication et d'administrer le chlorate, tant en gargarismes qu'à l'intérieur, pour que l'inflammation buccale encore à l'état naissant se dissipe à bref délai.

Au reste, Messieurs, l'objection de la stomatite n'est pas un argument en l'espèce. Cette stomatite devrait-elle se produire qu'il n'y aurait pas pour cela à reculer

(1) Ces stomatites *soudaines* ou rapides, revêtant d'emblée une intensité peu commune, sont surtout produites par les frictions, bien plutôt que par les autres méthodes usuelles d'administration du mercure. C'est là un point que j'ai signalé de vieille date et que, vu son intérêt pratique, je recommande de nouveau à l'attention de mes lecteurs.

V. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme;* Paris, 1873, p. 1040 et 1070.

devant l'administration du mercure. Car, voyez la situation. On est en face d'un danger imminent, d'un danger des plus graves, pouvant conduire le malade soit à telle ou telle de ces infirmités déplorables que je vous décrivais ces derniers jours, soit même à la mort. Une médication se présente, laquelle peut sauver le malade ; nous n'avons pas la liberté de discuter avec elle, nous n'avons pas à marchander avec elle, passez-moi le mot. Il faut recourir à cette médication, coûte que coûte. D'ailleurs, à tout prendre, à mettre les choses au pis, qu'est-ce en somme qu'une stomatite en parallèle avec le résultat à obtenir? Il s'agirait de nous, je suppose, que nous n'hésiterions pas, n'est-il pas vrai? Donc notre devoir est tout tracé par cela même vis-à-vis de nos clients.

Je dirai plus. Il ne me déplaît pas, en pareille occurrence, de voir survenir chez mes malades un certain degré d'irritation buccale. Et cela pour deux raisons. D'une part, cet éréthisme gingival me démontre que je suis à *bonne dose*, c'est-à-dire à dose suffisante pour influencer l'organisme. Je sais, de par cet indice, que le mercure agit. Et, d'autre part, l'expérience m'a appris que l'apparition de cette stomatite coïncide fréquemment avec une détente des accidents cérébraux. Donc je l'accueille comme un signe de bon augure, et je suis rarement trompé dans mes prévisions. Nombre de cas, en effet, soit relatés dans la science, soit empruntés à ma pratique personnelle, démontrent qu'une excitation buccale avec ptyalisme léger a souvent servi de prélude à la guérison.

Telle est en somme, Messieurs, cette question du

dosage, qui comporte ici une importance majeure et constitue une condition essentielle de succès ou d'insuccès thérapeutique.

Je la résume en quelques mots, de la façon suivante :

I. — Une syphilis cérébrale étant donnée, le salut du malade est au prix d'un traitement des plus énergiques, et à ce prix seulement.

II. — Ce traitement énergique consiste dans l'administration immédiate et simultanée du mercure et de l'iodure de potassium, donnés à fortes doses d'emblée.

III. — De par l'expérience acquise, la méthode qui peut être dite la meilleure, celle qui réunit le plus de chances de succès, se compose de ceci :

1° Administration de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de cinq grammes en moyenne ;

2° Administration du mercure sous forme de frictions, aux doses quotidiennes de 5 à 8 et 10 grammes, progressivement.

IV

Troisième point : *Il faut que le traitement soit prolongé pendant toute la durée des manifestations cérébrales, et cela de façon à conserver, malgré l'accoutumance, son intensité d'action originelle.*

Dire que le traitement doit être prolongé tout le temps que persistent les accidents cérébraux, c'est émettre une proposition qui n'a besoin que d'être énoncée, tant elle est simple et rationnelle. Il est évident qu'il faut combattre la maladie jusqu'à guérison, ou du moins qu'il faut la combattre jusqu'à ce qu'il soit bien

démontré qu'on ne peut plus rien contre elle, qu'on a épuisé toutes ses ressources.

Cela n'implique pas, bien entendu, qu'une syphilis cérébrale rebelle à tous nos efforts doive être soumise à un traitement indéfini. Du moment où il est démontré que l'évolution morbide est accomplie, que les troubles cérébraux sont passés à l'état d'infirmités acquises, la partie est perdue, et il serait absurde de continuer la lutte, d'infliger au malade un traitement *à perpétuité*. Le médecin n'a plus alors qu'à désarmer, bien évidemment. Encore, dans ces conditions même, le traitement ne doit-il pas être abandonné à tout jamais; l'indication formelle est de le reprendre ultérieurement, non pas dans l'espoir qu'un nouvel essai sera plus heureux, mais en vue de prévenir des récidives toujours possibles et généralement plus graves.

En ce qui nous concerne actuellement, ce qui est essentiel à savoir, ce dont il faut bien se pénétrer, c'est que, pour être utile, véritablement efficace, le traitement spécifique doit être poursuivi *longtemps*, *très-longtemps*, c'est-à-dire (à ne parler même que du traitement immédiat) pendant une durée qui n'a pour mesure que le degré même de résistance de la maladie.

Et, à ce propos, deux remarques doivent trouver place ici.

D'abord, il est des cas où une amélioration quelconque, où un effet curatif quelconque de la médication spécifique ne commence à se manifester que plus ou moins *tardivement*. J'ai vu (et tout le monde a vu) des malades sur lesquels le traitement ne semble produire aucun effet au début, puis qui plus tard en éprouvent un

bénéfice des plus manifestes. Plusieurs semaines, par exemple, peuvent s'écouler sans amener une modification appréciable dans les symptômes morbides ; on en est presque à désespérer, à douter de l'opportunité de la médication antisyphilitique, quand une détente se produit tout à coup, quand les phénomènes pathologiques viennent à subir un premier et tardif amendement.

C'est dans les cas de cet ordre, Messieurs, qu'il importe surtout de *savoir attendre*. Savoir attendre, cela est à coup sûr plus facile à formuler théoriquement qu'à mettre en pratique ; et le médecin a souvent besoin d'une grande assurance, d'une rare autorité sur son malade et sur lui-même, pour persister quand même dans un traitement qui ne paraît rien produire, pour résister aux sollicitations inverses qui l'assiégent non moins qu'à son impatience propre, et pour dire résolûment : « Jusqu'ici ma médication est restée inactive, mais n'importe ! Je suis ou je crois être dans la bonne voie ; donc je ne la quitterai pas. » Tenez-le pour certain, Messieurs, cette persistance nécessaire dans un mode de traitement que semble condamner l'absence de tout heureux résultat est bien souvent difficile à obtenir des malades, et non moins difficile à obtenir de soi-même.

Au reste, je dois le dire, les cas auxquels je fais allusion ici ne sont pas très-communs. Loin de là. Ce qui est bien plus habituel, au contraire, c'est que la médication spécifique, alors qu'elle doit aboutir à bonne fin, se traduise à brève échéance par quelque modification de favorable augure. Et je vois de mauvais œil, pour ma part, les malades qui, après un traitement énergique de quelques semaines, n'en ressentent encore aucun effet, aucun soulagement. Ce silence obstiné de la médication

me semble plus que suspect ; cette nullité d'action thérapeutique ne présage rien que de fâcheux, en général tout au moins.

En second lieu, il est un autre ordre de circonstances dans lesquelles une amélioration partielle, plus ou moins rapidement acquise, est souvent lente à se généraliser, à se compléter.

C'est ainsi qu'on voit parfois le traitement faire justice à bref délai de divers symptômes et en laisser subsister longtemps quelques autres. Sur certains malades, par exemple, la disparition hâtive de la céphalée, de l'épilepsie, de l'aphasie, de divers phénomènes congestifs, est suivie de la persistance à long terme d'autres troubles morbides, tels que paralysies (paralysies oculaires et surtout hémiplégie), troubles intellectuels, amnésie, névrite optique, etc. Et souvent ces derniers troubles, au delà de l'amélioration première, réclament plusieurs mois avant de s'effacer complétement.

Donc, pour ces diverses considérations, le traitement des accidents cérébraux de la syphilis demande presque toujours à être longuement prolongé. Et notez que nous avons seulement en vue pour l'instant le traitement curatif *initial;* plus tard nous parlerons de celui qui s'adresse après guérison à la possibilité des récidives ultérieures.

Mais surgit alors une question pratique des plus importantes : Si ce traitement doit être *long*, comme nous venons de le dire, de quelle façon devra-t-il être dirigé *pour conserver*, *en dépit des effets atténuants de l'accoutumance, son intensité première ?*

L'expérience commune apprend ceci : que, d'une façon générale, les *longs* traitements finissent par perdre une partie de leur action, alors qu'ils sont administrés d'une façon continue. Pour le mercure, pour l'iodure, comme pour tant d'autres remèdes d'ailleurs, *la continuité d'usage crée une accoutumance* qui en affaiblit, en amoindrit, en annule presque, à un certain moment, les effets thérapeutiques. C'est là un point que j'ai longuement développé ailleurs (1), à propos du traitement général de la syphilis, et c'est d'après cet ordre de considérations que j'ai été conduit à formuler ma MÉTHODE DES TRAITEMENTS SUCCESSIFS. Or, cette méthode, que je n'ai pas à reproduire ici, trouve son application en l'espèce, comme vous allez le voir.

Si, pendant plusieurs mois de suite, sans discontinuité, vous administrez à un malade affecté de syphilis cérébrale le traitement dont il vient d'être question, soyez sûrs, Messieurs, qu'après un certain temps ce traitement ne produira plus d'effets identiques, égaux à ceux qu'il aura pu déterminer tout d'abord. Soyez sûrs qu'après trois ou six mois il n'aura plus une puissance équivalente à celle dont il était doué originairement. C'est là ce que, pour ma part, j'ai constaté maintes et maintes fois ; c'est là ce qui ressort de l'analyse de nombreuses observations, et ce qui d'ailleurs n'a rien que d'absolument conforme aux principes généraux de toute thérapeutique.

Or, vous comprenez combien il serait utile en pratique de parer à ce grave inconvénient de l'accoutumance. N'est-il aucun moyen d'y parvenir?

(1) V. mes *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, p. 1084 et suivantes.

J'ai longuement étudié à ce point de vue spécial la question du traitement, et, après de nombreux tâtonnements dont je vous fais grâce, je crois être arrivé à une pratique qui n'est pas sans réaliser de sérieux avantages.

Cette pratique, qui est des plus simples, consiste en ceci : *alterner l'usage des deux agents antisyphilitiques* dont nous disposons, de façon à conserver à chacun d'eux l'intégrité de son influence initiale pendant la longue durée du traitement. C'est-à-dire, plus simplement : administrer tour à tour les frictions et l'iodure, de façon à permettre au malade de se déshabituer de tel remède pendant qu'il profitera de tel autre, et ainsi de suite, successivement.

Je précise par un exemple.

Soit un malade affecté de syphilis cérébrale. Je commence par prescrire le traitement mixte, que je considère, vous le savez, comme indispensable d'emblée, dans les premiers temps de l'affection, tout au moins que je considère comme le plus efficace, le plus sûr. Je continue ce traitement un certain temps, six à huit semaines environ. Puis, au delà, je le suspends (sauf indication contraire, bien entendu), dans la conviction que, prolongé plus longtemps ou, *a fortiori*, prolongé d'une façon indéfinie, il ne fournirait plus que des résultats inférieurs à ceux qu'on en espère.

Un répit de quelques jours est, de la sorte, concédé au malade, répit qui fait office d'un stade de *désaccoutumance*, favorable à l'action ultérieure du remède.

Puis c'est alors que j'inaugure une autre méthode, à laquelle vous me permettrez de donner abréviativement le nom de TRAITEMENT ALTERNE. Ce traitement, tel que j'ai

coutume de l'administrer, consiste purement et simplement en ceci :

Pendant une vingtaine de jours, en moyenne, *reprise des frictions mercurielles,* et des frictions mercurielles exclusivement, sans iodure ;

Au delà, cessation des frictions ; et *reprise de l'iodure,* de l'iodure seul, pendant un temps égal, trois semaines environ ;

Au delà encore, cessation de l'iodure, qui cède la place à une *nouvelle série de frictions,* et cela pour le même temps ;

Au delà, enfin, *nouveau traitement à l'iodure ;*

Et ainsi de suite.

De sorte que, tour à tour, le malade est soumis à l'action du mercure et de l'iodure. Il subit ainsi un traitement *continu*, mais un traitement *continu-alterne*, si je puis ainsi parler, lequel, en dépit de sa continuité, reste exempt des inconvénients de l'accoutumance. Car, pendant le stade de traitement mercuriel, l'organisme se déshabitue de l'influence iodique ; — comme, pendant le stade de traitement iodique, il se déshabitue de l'influence mercurielle ; — et de même tour à tour.

D'après ce que j'ai vu ou ce que j'ai cru voir (car chacun sait combien il est facile de se faire illusion sur les résultats d'une thérapeutique quelconque et plus encore sur les résultats d'une thérapeutique personnelle), ce mode de traitement réaliserait plusieurs avantages, que voici :

D'abord (et ceci me paraît incontestable), il est *facilement toléré* par l'organisme, plus facilement à coup sûr que ne le serait l'administration longtemps continuée du mercure ou de l'iodure ;

En second lieu, il conserve à chacun des deux remèdes l'intégrité de son action pendant toute la durée de la cure; c'est-à-dire il *rompt l'accoutumance*, et il met à profit de la sorte tous les effets utiles de la médication ;

Troisièmement, il peut être prolongé, sans fatigue ni danger pour le malade, pendant toute la durée nécessaire à la guérison, durée toujours plus ou moins longue, fort longue même quelquefois, comme vous le savez.

Au total, mon sentiment est que je dois à cette méthode du traitement alterne des succès réels. Je crois avoir le droit de la juger supérieure aux autres méthodes plus communément usitées, et je la recommande en conséquence à votre attention.

V

Dernier point : *Il faut que le traitement soit poursuivi longtemps encore après la disparition des accidents*, au delà de ce qu'on peut appeler la guérison actuelle de la maladie.

Ce dernier précepte n'est que trop légitimé par la tendance si fâcheuse de la syphilis cérébrale aux *recrudescences* et aux *récidives*. Rien de plus commun, vous ai-je dit précédemment, que de voir des accidents cérébraux éteints, *paraissant guéris*, se reproduire après un temps variable, soit sous la même forme, soit sous des formes différentes, et presque toujours avec un degré supérieur de gravité. Il faut donc bien distinguer la *guérison apparente* de la *guérison vraie*, et il n'est que trop certain, il n'est que trop formellement établi par de nombreux exemples, que l'extinction définitive

de l'influence syphilitique sur le cerveau s'obtient seulement au prix d'une médication longuement, très-longuement poursuivie après la disparition des symptômes apparents.

En pratique, Messieurs, n'oubliez jamais, ne perdez jamais de vue cette tendance particulière de la syphilis cérébrale aux recrudescences, aux rechutes à brève ou à longue échéance. Attachez-vous à prendre les devants sur ces assauts ultérieurs de la diathèse et à conjurer les accidents que ces récidives toujours graves — je le répète à dessein — ne manquent guère d'entraîner à leur suite.

Mais comment remplir cet office de prophylaxie? De la façon suivante :

1° En prescrivant, d'abord, à vos malades une hygiène spéciale, dont je me réserve de vous parler bientôt ;

2° En leur recommandant d'insister encore et d'insister longtemps sur la médication antidiathésique.

Sans doute, il ne faudrait pas ici pécher par excès et surcharger indéfiniment les malades de médications. Mais, en évitant cet écueil, il importe aussi de se garer d'un autre ; car, dans la crainte de trop faire, aboutir à faire trop peu serait courir le risque de laisser reprendre le dessus à la maladie.

Donc, en somme, après une certaine trêve thérapeutique, le traitement devra être renouvelé ; — et renouvelé non pas une seule fois seulement, mais *maintes fois*, dans le cours de l'année et des années suivantes.

Plusieurs stades ultérieurs de traitement mercuriel et iodurique ne seront pas de trop, à coup sûr, pour conserver le succès obtenu et sauvegarder l'avenir, après avoir assuré le présent.

C'est là, Messieurs, ce qui ressort de l'expérience, et la plupart des auteurs qui se sont occupés spécialement des affections syphilitiques du cerveau sont d'accord sur ce point. Plus qu'aucun autre, il est vrai, j'ai été frappé de la fréquence des récidives dans la syphilis cérébrale, fréquence qui ne me paraît pas avoir été appréciée jusqu'ici à son juste niveau. Et c'est pour cela que, d'autant plus énergiquement, j'insiste près de vous sur la nécessité de revenir plusieurs fois de suite à la médication spécifique après guérison des symptômes d'une première poussée. Ce n'est pas moi, assurément, qui consentirai jamais à laisser sans traitement un malade fraîchement guéri d'accidents cérébraux syphilitiques. Bien au contraire, toujours et en tout état de cause, je conseillerai à ce malade *de se traiter encore*, et cela *plusieurs années*, en reprenant tour à tour le mercure et l'iodure de temps à autre, à intervalles de quelques mois. Et c'est après plusieurs années consacrées de la sorte à une série de traitements itératifs, c'est après plusieurs années écoulées sans symptômes nouveaux, sans menaces de récidive, que je commencerai seulement à être rassuré sur l'avenir et à prononcer le mot de *guérison*.

Bref, si vous me pardonniez l'exagération de la formule, je serais presque tenté de dire que les affections syphilitiques du cerveau doivent être traitées *à satiété* pour être suffisamment traitées. Telle est du moins l'impression que m'ont laissée les nombreux cas qui se son présentés à mon observation jusqu'à ce jour.

VI

Ce dont nous avons parlé jusqu'ici constitue le traitement spécifique de la syphilis cérébrale.

Or, à côté des agents spécifiques, d'autres médications peuvent aussi trouver leur place dans le traitement de la maladie, ne serait-ce qu'au titre de *médications auxiliaires*.

Leur place y est même d'autant mieux marquée que la syphilis cérébrale, comme je vous l'ai répété bien des fois, ne se compose pas seulement de lésions spécifiques; elle se compose aussi de lésions *vulgaires*, lesquelles même, en nombre de cas, constituent à un moment donné le danger principal de la maladie. Rappelez-vous à ce propos ce que je vous disais au début même de ces conférences en vous traçant l'histoire de ces lésions vulgaires : « La syphilis tue rarement par ses lésions propres ; elle tue le plus souvent, presque toujours, par le fait de lésions vulgaires, consécutives aux lésions spécifiques, symptomatiques de ces dernières ».

Donc, si la thérapeutique nous offre certaines ressources contre ces lésions vulgaires, il va sans dire que nous devons en profiter, et les annexer, les combiner au traitement spécifique.

Eh bien! ce qu'indique le bon sens *a priori*, l'expérience le confirme. Et il est bien démontré actuellement que des médications d'ordre commun, absolument dépourvues de toute influence sur les lésions propres de la syphilis, sont susceptibles cependant d'exercer une action favorable sur certains symptômes de la syphilis cérébrale. C'est ainsi, par exemple, que le bromure de potassium

ou l'hydrothérapie calme parfois d'une façon remarquable quelques-unes des manifestations des encéphalopathies spécifiques, telles notamment que les troubles congestifs, les symptômes d'excitation, voire l'épilepsie. De nombreuses observations témoigneraient de ce fait au besoin, s'il n'était superflu d'attester preuves en main ce qui vraiment est de notoriété acquise.

J'ai même vu plusieurs fois — et cette remarque comporte un intérêt pratique que vous allez facilement comprendre — j'ai même vu, disais-je, plusieurs fois telle ou telle de ces médications d'ordre vulgaire modifier divers phénomènes de la syphilis cérébrale d'une façon assez heureuse et assez complète pour donner le change au médecin, pour dévier le diagnostic, pour conduire à l'exclusion de la syphilis, alors cependant que la syphilis seule était en cause comme origine des accidents. Le fait, à coup sûr, a trop d'importance pour ne pas mériter de nous arrêter un instant. L'observation suivante en fera foi.

Affecté d'une syphilis cérébrale (dont le diagnostic devait être confirmé par l'autopsie), un jeune homme commença par présenter, pour unique ordre de symptômes initiaux, des crises d'épilepsie convulsive, sans mélange d'aucun autre trouble morbide. Dès l'apparition de ces crises, la syphilis fut suspectée comme cause de tels accidents. Mais le malade, homme intelligent et instruit, s'obstinant à renier formellement tout antécédent syphilitique (et cela avec d'autant plus d'énergie qu'il croyait avoir intérêt à tenir secrète une syphilis des mieux avérées), on passa outre, bien malheureusement, sur l'impression première, on mit la vérole hors de cause, et l'on s'arrêta comme traitement à une cure

hydrothérapique. Or les effets de cette cure furent véritablement merveilleux de prime abord : suspension immédiate des crises épileptiques, qui ne se reproduisirent pas, même à l'état d'ébauche, pendant plusieurs mois ; amélioration de la santé générale ; guérison apparente, en un mot. Si bien que, devant ce succès irrécusable d'une médication vulgaire, le soupçon de syphilis fut de plus en plus délaissé. Était-il à supposer, en effet, qu'une médication vulgaire pût exercer une influence aussi puissante, aussi complète, sur des symptômes d'ordre spécifique? Eh bien! ce qui était, ou pour mieux dire ce qui semblait inadmissible n'était que trop réel cependant. Et la preuve, c'est que, momentanément enrayée par l'hydrothérapie, la maladie reprit le dessus quelques mois plus tard, et se révéla avec une intensité d'autant plus grande qu'on lui avait laissé tout loisir pour confirmer ses lésions dans le cerveau.

La possibilité d'un amendement de cet ordre, aussi catégorique, aussi tranché, se produisant sous l'influence d'une médication vulgaire, est assurément un fait curieux dans l'histoire de la syphilis cérébrale. Peu connue jusqu'à ce jour, cette particularité mérite bien d'être signalée à l'attention des praticiens. Car elle peut devenir, comme dans le cas précité, une cause d'erreur diagnostique, et une cause d'erreur vraiment difficile à éviter.

Mais revenons à notre point de départ, dont cette digression nous a quelque peu éloignés, et voyons quelles médications d'ordre vulgaire peuvent être utilement adjointes au traitement spécifique.

I. — En premier lieu, mentionnons l'*hydrothérapie.*

Déjà l'observation que je citais à l'instant vous a montré le parti possible à tirer de cette méthode. Et, en effet, dans un certain nombre de cas, l'hydrothérapie constitue un auxiliaire puissant du traitement spécifique.

D'une façon non douteuse, l'hydrothérapie est particulièrement utile dans le traitement de la *forme épileptique* de la syphilis cérébrale. Mes résultats sont des plus démonstratifs à ce point de vue, et je suis heureux d'avoir à dire que M. le professeur Charcot est arrivé, de son côté, à des conclusions tout à fait identiques. Les plus beaux cas de guérison d'épilepsie syphilitique que me fournissent mes notes ont été obtenus par le traitement suivant : frictions mercurielles, iodure de potassium et douches froides (une ou deux par jour). Quelle part du succès revient aux douches dans cet ensemble thérapeutique complexe ? Cela serait impossible à déterminer si je n'avais par devers moi un certain nombre d'autres observations dans lesquelles le traitement spécifique a été employé seul, sans le concours des douches froides. Or il n'est pas douteux que, dans ce dernier ordre de cas, les résultats thérapeutiques aient été moins rapides, moins immédiats, moins absolus d'emblée. Très-positivement, donc, l'hydrothérapie exerce une action suspensive sur les crises épileptiques de la syphilis cérébrale (1).

(1) C'est à une hydrothérapie des plus simples que j'ai eu recours dans les cas mentionnés ici. Une douche, au plus deux douches froides par jour, en pluie, et d'une demi-minute à une minute de durée, telle est la seule pratique que j'ai mise en œuvre sur mes malades et qui m'a fourni les résultats dont je viens de parler.

L'hydrothérapie a été appliquée quelquefois par certains médecins d'une façon beaucoup plus complexe. Je ne sache pas qu'elle ait fourni, sous ce mode, de meilleurs résultats.

Elle n'est pas sans avantage, encore, contre les troubles divers de la forme congestive. Inversement, je l'ai trouvée plusieurs fois nuisible, incontestablement nuisible dans les cas d'excitation mentale, d'agitation, de délire, etc.

Quelques praticiens la préconisent indifféremment dans toutes les formes et presque à toutes périodes de la syphilis cérébrale. C'est là, je crois, un abus. Utile en certains cas, je ne mets pas en doute qu'elle risque souvent d'être préjudiciable ; du moins ai-je en main plusieurs observations dans lesquelles elle a très-sûrement exagéré les symptômes morbides et précipité la marche de la maladie. Il importe donc de ne la prescrire qu'à bon escient et sur des indications précises, soit rationnelles, soit empiriques. Confessons du reste que notre expérience est encore bien imparfaite sur la question. Il serait donc prématuré de vouloir poser des conclusions formelles sur les avantages ou les inconvénients de l'hydrothérapie dans les diverses formes de la syphilis cérébrale. Bornons-nous à signaler le peu que nous savons, et faisons appel à des observations ultérieures.

II. — Au second rang des médications auxiliaires que nous étudions actuellement, citons le *bromure de potassium* et ses congénères (bromure de camphre, polybromure, etc.).

L'action sédative du bromure de potassium est trop connue pour que j'aie à faire autre chose que de la mentionner ici simplement. Cette action peut être mise à profit en nombre de cas de syphilis cérébrale, contre divers phénomènes qu'il est essentiel de calmer ou de

soulager, phénomènes d'excitation, d'éréthisme nerveux, d'ataxie, de délire, d'insomnie, de douleur, etc., etc.

Le bromure n'exerce aucune influence directe sur la maladie, mais il en modère, il en atténue certains symptômes. Au titre de médication incidente et provisoire, il est fort souvent utile, notamment à la suite des grandes secousses qui ébranlent fortement le système nerveux, à la suite des crises congestives, aphasiques, épileptiques, apoplectiformes, etc. Aucun médicament, par exemple, ne soulage et ne dissipe mieux que lui l'éréthisme nerveux qui succède aux attaques d'épilepsie convulsive.

La dose active sur nos malades est de 4 à 6 grammes en moyenne, quotidiennement. J'ai rarement eu besoin de l'élever plus haut pour produire les effets de sédation que je recherchais.

A côté du bromure trouvent naturellement place tous les agents de la médication sédative (narcotiques, opium, morphine, chloral, etc.), dont l'indication est fournie quelquefois, mais d'une façon bien plus rare, par certains symptômes incidents (excitation violente, délire, insomnie, céphalée, douleurs diverses, etc.).

Ainsi les injections sous-cutanées de morphine, qui constituent la forme la plus active de cette médication, rendent d'utiles services dans deux ordres de cas : 1° contre les symptômes d'excitation, d'agitation, qui figurent passagèrement dans la maladie ; — 2° contre les phénomènes douloureux rebelles à l'action du traitement spécifique.

A ce dernier propos, rappelez-vous le fait si curieux d'une de nos malades actuelles de la salle Saint-Thomas. Cette femme, hémiplégique et hémianesthésique par le

fait d'une syphilis cérébrale, souffre en outre, depuis le début de sa maladie, de violentes douleurs dans la tête et les membres, douleurs assurément très-bizarres, non explicables par des lésions locales, et ne pouvant se rattacher comme origine qu'à l'affection encéphalique. Tout d'abord, le traitement spécifique a eu raison de ces douleurs; mais, plus tard, il a perdu son action sur elles, et nous avons dû recourir à d'autres remèdes. Les injections de morphine, alors, ont été mises en œuvre, et elles ont fait merveille, comme vous avez pu le voir. Mais, comme elles ne produisaient qu'un soulagement passager, nous avons été conduits par nécessité à les répéter bien plus souvent que nous ne l'aurions voulu, jusqu'à en avoir dépassé aujourd'hui le nombre de 150. Dès que nous les suspendons, d'intolérables souffrances se reproduisent, et vous avez entendu bien des fois la malade réclamer de nous à grands cris « ses deux ou trois injections quotidiennes, sans lesquelles la vie lui serait insupportable ». Toujours la morphine calme ses douleurs, mais toujours aussi elle ne détermine qu'une sédation provisoire. — Inutile de dire si nous avons essayé d'autres médications, et de divers genres (bromure, chloral, vésicatoires, bains prolongés, électrisation, glace, etc., etc.). Nous n'avons rien trouvé qui pût remplacer la morphine. Aujourd'hui, nous en sommes aux *injections de chloroforme*, qui produisent bien quelque effet, mais dont l'action calmante est certes très-inférieure à celle des préparations opiacées.

Le cas de cette malade est tout à fait exceptionnel, Messieurs; et je ne l'ai cité que pour vous montrer avec quel genre de difficultés inattendues on est parfois forcé de se débattre dans le traitement des accidents cé-

rébraux de la syphilis. N'en conservez souvenir qu'à ce titre. Car, très-habituellement, les douleurs ou les phénomènes d'excitation qui légitiment, sur nos malades, e recours aux agents narcotiques sont infiniment moins rebelles. Et la règle, c'est que les agents de cet ordre n'aient à intervenir dans la médication que d'une façon incidente, simplement provisoire.

III. — Les *purgatifs* sont très-souvent utiles dans la syphilis cérébrale, mais utiles seulement pour combattre la constipation, phénomène très-habituel chez nos malades, et quelquefois encore pour remédier à certaines complications d'embarras gastrique ou gastro-intestinal.

A cela près, je ne leur reconnais aucun avantage. On les a dotés d'une prétendue « action révulsive » dont pourrait bénéficier, dit-on, l'état cérébral. Cela me paraît plutôt théorique que fondé sur une observation sérieuse, et j'en suis encore, pour ma part, à trouver un seul cas dans lequel cette « révulsion » se soit exercée d'une façon bien positive.

IV. — Les *révulsifs cutanés* (vésicatoires, cautères, séton), très-estimés autrefois et non moins discrédités aujourd'hui, ne sont plus guère prescrits que par habitude ou respect traditionnel. Ils n'ont en effet qu'une action très-limitée. En ce qui me concerne, je ne trouve guère dans toutes mes observations que deux ou trois cas où ils paraissent avoir produit quelques effets heureux. Somme toute, ce ne sont que des auxiliaires d'ordre très-inférieur.

Je ferai cependant une réserve expresse pour le *vésicatoire crânien*, qui constitue parfois une médication

réellement efficace. Il est très-positif, par exemple, qu'on arrive souvent à soulager, voire à dissiper complétement des céphalées opiniâtres, grâce à de larges vésicatoires placés sur le cuir chevelu. C'est là un moyen qui, pour ma part, m'a réussi sur plusieurs de mes malades affectés de maux de tête rebelles au traitement spécifique. L'effet en est même quelquefois surprenant : d'un jour à l'autre, la céphalée disparaît, et les malades vous annoncent avec bonheur « qu'ils se sont immédiatement senti la tête dégagée ». Malheureusement, le résultat obtenu de la sorte n'est pas toujours très-persistant.

Je me suis encore servi avec avantage du *vésicatoire crânien pansé à l'onguent mercuriel*, suivant la méthode préconisée par Reade (1). C'est là, à coup sûr, une médication active, qui cependant n'a pas réalisé entre mes mains des effets égaux à ceux qu'elle paraît avoir fournis au médecin précité.

V. — Quant aux *émissions sanguines* (sangsues aux apophyses mastoïdes, ventouses scarifiées à la nuque), elles ne trouveraient d'indication légitime que dans une intensité particulière des phénomènes congestifs ou inflammatoires. Mais de telles conditions ne s'observent presque jamais dans la syphilis cérébrale. La médication antiphlogistique ou spoliative n'offre donc ici aucun avantage ; elle serait même nuisible, plutôt encore qu'indifférente, dans la grande généralité des cas.

VI. — L'*électricité* n'a guère été employée jusqu'ici, sur nos malades, que pour combattre les phénomènes d'ordre paralytique. Elle rend quelques services en ra-

(1) *Syphilitic Affections of the nervous system*, par Thomas Reade; Londres, 1867.

nimant la contraction musculaire dans les parties paralysées. Certains auteurs disent en avoir tiré un très-utile profit. J'ai été moins heureux pour ma part.

Peut-être serait-elle susceptible d'applications autres, d'un ordre plus élevé, sous forme de *courants continus* portant l'influence électrique jusque dans les centres nerveux. Le Dr Althaus croit qu'employée de la sorte elle serait appelée à exercer une action thérapeutique bien plus importante, et cela, dit-il, « parce qu'excitant puissamment la circulation collatérale autour des « portions malades du cerveau, elle pourrait enrayer les « progrès du ramollissement, améliorer la nutrition des « tissus déjà affectés, et par ce mécanisme rétablir d'une « façon complète ou partielle les fonctions troublées (1) ». Il est acquis, en effet, aujourd'hui que la galvanisation crânienne réagit sur la circulation cérébrale; donc il n'est pas impossible qu'elle réalise dans le cerveau des effets curatifs. D'autre part, voici que, dans ces derniers temps, l'électrisation céphalique paraît avoir été appliquée avec un certain succès au traitement de diverses affections cérébrales (affections mentales, manie, etc.) (2). Je tiens de mon savant collègue, M. le Dr Luys, qu'il a calmé soudainement, par ce moyen, un accès maniaque jusqu'alors rebelle à tout remède (3). Nos malades n'auront-ils pas à bénéficier de ces méthodes thérapeutiques nouvelles? Je l'ignore, mais en tout cas c'est là un champ d'exploration qui s'ouvre devant nous.

(1) *Medical Times and Gazette, novembre* 1871. — *The American Journal of syphilography and dermatology, edited by Henri.* Vol. III, 1872, p. 333.

(2) V. L.-J. Teissier, *De la valeur thérapeutique des courants continus* thèse pour le concours d'agrégation. Paris, 1878.

(3) Communication orale.

VII. — Enfin, en dehors du traitement de l'affection spécifique, d'autres indications se présentent à remplir relativement à l'*état général* du malade.

A maintes reprises, je vous ai fait remarquer dans ce qui précède que les sujets affectés de syphilis cérébrale offrent souvent, le plus souvent, un état général mauvais, appauvri, débilité, avec langueur de tout l'être, diminution des puissances digestives, phénomènes variés d'anémie, dénutrition progressive, voire parfois imminence de cachexie.

De toute évidence, des symptômes de ce genre et de cette importance réclament une surveillance spéciale de la part du médecin et exigent une médication particulière.

De toute évidence, aussi, cette médication doit être d'ordre *tonique*. Donc tous les agents reconstituants sont appelés à trouver ici leur place : préparations ferrugineuses, quinquina, huile de foie de morue, amers, etc. — C'est à ce titre encore que l'hydrothérapie pourra souvent être utilisée avec succès. — C'est dans le même sens qu'agiront également les eaux thermales sulfureuses. Ces eaux, qu'il ne faut prescrire, à mon sens, qu'à une période avancée de la guérison et après sédation complète des phénomènes d'excitation initiale, m'ont plusieurs fois rendu des services réels en facilitant la tolérance du traitement, en relevant les fonctions de nutrition, en modifiant la santé générale. Celles dont j'ai eu le plus à me louer sont : Uriage, Luchon, Aix (en Savoie), Cauterets, Baréges, etc.

Enfin, n'oublions pas le bénéfice considérable que les malades auront à retirer d'une hygiène sévère, ap-

propriée à leur état cérébral; — d'une vie calme, exempte d'excitation d'aucun genre; — voire de l'isolement complet, qu'exigent parfois les phénomènes d'éréthisme nerveux; — souvent encore, à un autre point de vue, du changement de lieux, de l'air reconstituant de la campagne, des montagnes, de la mer, etc.

VII

La maladie guérie, le traitement achevé, tout n'est pas encore fini pour vous, Messieurs. Sans parler de l'avenir et des médications ultérieures qu'il doit comporter (point sur lequel nous nous sommes suffisamment expliqués dans ce qui précède pour n'avoir plus à y revenir), il vous reste quant à présent un dernier office à remplir vis-à-vis du client que vous avez eu le bonheur de conduire à cette heureuse terminaison.

Il vous reste à le prémunir contre les dangers possibles, contre les dangers fréquents des récidives.

Dans ce but, qu'aurez-vous à faire? Deux choses, que voici :

1° Tout d'abord, exposer catégoriquement à votre client la situation qui lui est faite de par ses antécédents, de par la maladie à laquelle il vient d'échapper. Je ne vous dis pas, bien entendu, de l'effrayer, de lui jeter la terreur dans l'âme par une révélation *ex professo* des périls ultérieurs auxquels il peut rester exposé. Je vous dis simplement ceci, qu'il est utile de l'avertir, avec tous les ménagements d'usage en pareille circonstance, de la *possibilité d'accidents nouveaux*, au cas où il s'écarterait d'une vie régulière et de l'hygiène spéciale qui lui sera imposée. Inutile, assurément, de rien énoncer

de plus ; inutile de parler des dangers qu'il n'est au pouvoir de personne de conjurer. Mais il y a urgence majeure à signaler au malade les dangers qu'il dépend de lui de prévenir, en le persuadant bien — c'est là l'essentiel — qu'il est maître de la situation et qu'il encourt la responsabilité des événements ultérieurs.

Et, en effet, dissimuler sur ce point la vérité au malade serait le laisser exposé à des éventualités qu'il ignore. La lui révéler avec mesure, *dans la stricte mesure qui peut lui être utile*, c'est lui offrir les moyens de se préserver, de se sauvegarder dans l'avenir. Cette vérité, il a tout intérêt à la connaître ; notre devoir se trouve donc tout tracé.

2° En second lieu, il vous incombera de tracer à votre malade une HYGIÈNE SPÉCIALE, en vue précisément de prévenir les récidives en question.

Quelle sera donc cette hygiène ? Indépendamment des préceptes généraux de l'hygiène commune, elle consistera surtout, si je puis ainsi parler, en une *hygiène cérébrale*, satisfaisant à cette indication particulière, majeure en l'espèce : l'éloignement de toutes causes susceptibles de créer une excitation morbide pour le cerveau.

Et, parmi ces causes, les principales, les plus nuisibles, à coup sûr, ce sont, de par l'expérience commune :

Au premier rang et par-dessus tout, les *excès vénériens* ;

Les *travaux intellectuels*, exigeant une tension d'esprit prolongée, une sollicitation d'efforts assidus de mémoire, d'invention, de conception, etc. ;

Les *excès alcooliques* ;

Les *excès de table*, la bonne chère, l'alimentation excessive, excitante ;

Les *fatigues* de tout genre, et surtout les fatigues de nuit, les veilles dépensées soit au travail, soit au plaisir ;

Les *émotions morales*, préoccupations, inquiétudes, soucis, colère ;

Et même les *exercices de corps trop violents* (la gymnastique, l'escrime, par exemple), en raison des efforts congestifs qu'ils peuvent déterminer vers l'encéphale.

Rien n'est plus préjudiciable aux *convalescents du cerveau* que l'excitation du cerveau par telle ou telle de ces causes, et surtout par celle dont nos malades — presque tous jeunes encore — s'abstiennent le moins, à savoir : le *coït* ou, d'une façon plus générale et plus vraie, l'éréthisme vénérien, sous toutes ses formes.

Bref, ce qu'il faut à ces malades — surtout au moment où leurs derniers accidents viennent à peine de s'éteindre, — c'est le *repos cérébral*, le repos cérébral dans toute sa rigueur et dans tous ses modes.

Aussi, Messieurs, — conseil majeur, auquel j'attache la plus grande importance, parce que j'ai vu maintes fois la dérogation à ce précepte être suivie des plus lamentables catastrophes — aussi, dis-je, quand vous aurez été assez heureux pour amener à guérison un malade affecté de telle ou telle forme grave de syphilis cérébrale, ne négligez jamais, comme complément indispensable au traitement, d'imposer à ce malade une longue convalescence, et une convalescence d'un genre spécial. Gardez-vous de le renvoyer aussitôt à ses affaires, à son travail, à ses plaisirs, aux préoccupations, aux soucis,

aux émotions, à la turbulence de la vie mondaine, etc. Bien loin de là! Prescrivez-lui, *imposez*-lui (je reprends le mot à dessein), imposez-lui avec l'autorité de votre caractère un stage préalable de *far niente*, absolument nécessaire pour consolider le résultat obtenu. Et dites-lui impérativement ceci : « Vous voilà guéri, c'est parfait. Mais vous n'êtes pas encore suffisamment guéri pour que je vous rende votre liberté. Je ne réponds de votre complet rétablissement qu'au prix d'une longue convalescence. Impossible pour l'instant de reprendre vos occupations, votre vie habituelle. Travail et plaisirs vous seraient également nuisibles. Ce qu'il vous faut actuellement, c'est aller *reposer votre cerveau*. Donc, partez à la campagne, et là ne faites rien ; flânez, paressez. Plusieurs mois d'une vie calme et oisive ne seront pas de trop pour confirmer votre guérison. »

Et, en effet, Messieurs, — j'en ai aujourd'hui, par expérience personnelle, la ferme conviction,— les récidives de la maladie ne sont évitées, quand elles peuvent l'être, que par un long stade de repos cérébral, de chômage intellectuel (passez-moi l'expression), consécutivement à la guérison apparente des accidents.

Tels sont, Messieurs, les préceptes généraux qui doivent, à mon sens, servir de base au traitement des affections syphilitiques du cerveau.

Institué et dirigé de la sorte, ce traitement, soyez-en sûrs, vous fournira souvent de réels et inestimables succès.

Il réalisera, en tout cas, ce que nous pouvons faire

de mieux contre la redoutable maladie que nous venons d'étudier dans cette série de conférences, ce que nous pouvons faire de mieux quant à présent, dans l'état actuel de nos connaissances et avec les ressources thérapeutiques dont nous disposons.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

XXIe LEÇON.

XXIIe LEÇON.

TABLE ANALYTIQUE

Sceaux. — Imp. M. et P.-E. Charaire.

